

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

N°

134

THÈSE  
POUR LE  
Doctorat en Médecine

*Présentée et soutenue le 19 Mars 1886, à 1 heure*

PAR

Cyr LOUGNON

Né à Montluçon (Allier), le 23 Juin 1854.

ESSAI SUR UNE VARIÉTÉ  
D'HYDARTHROSES

*consécutives à l'ostéomyélite de croissance*

ET ENTRETENUES PAR ELLE.

Président : M. TRÉLAT, professeur.

Juges : MM. { GUYON, professeur.  
RECLUS, SEGOND, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

IMPRIMERIE DE A. LANIER

14, RUE SÉGUIER, 14

1886

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Doyen..... M. BÉCLARD.**

**Professeurs..... MM.**

|                                                                              |                |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                                | SAPPEY.        |
| Physiologie.....                                                             | BECLARD.       |
| Physique médicale.....                                                       | GAVARRET.      |
| Chimie organique et chimie minérale.....                                     | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                             | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                                   | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                                     | { PETER.       |
|                                                                              | { DAMASCHINO.  |
| Pathologie chirurgicale.....                                                 | { GUYON.       |
|                                                                              | { LANNELONGUE. |
| Anatomie pathologique.....                                                   | CORNIL.        |
| Histologie.....                                                              | ROBIN.         |
| Opérations et appareils.....                                                 | DUPLAY.        |
| Pharmacologie.....                                                           | REGNAULD.      |
| Thérapeutique et matière médicale.....                                       | HAYEM.         |
| Hygiène.....                                                                 | PROUST.        |
| Médecine légale.....                                                         | BROUARDEL.     |
| Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés..... | TARNIER.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                              | LABOULBENE.    |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                                    | VULPIAN.       |
| Clinique médicale.....                                                       | { SEE (G.).    |
|                                                                              | { JACCOUD.     |
|                                                                              | { HARDY.       |
|                                                                              | { POTAIN.      |
|                                                                              | { GRANCHER.    |
| Clinique des maladies des enfants.....                                       | BALL.          |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....           | FOURNIER.      |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                                     | CHARCOT.       |
| Clinique des maladies nerveuses.....                                         | { RICHEL.      |
|                                                                              | { VERNEUIL.    |
| Clinique chirurgicale.....                                                   | { TRELAT.      |
|                                                                              | { LE FORT.     |
| Clinique ophthalmologique.....                                               | PANAS.         |
| Clinique d'accouchement.....                                                 | PAJOT.         |

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN.

*Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.*

## Agrégés en exercice :

| MM.                                        | MM.        | MM.        | MM.                  |
|--------------------------------------------|------------|------------|----------------------|
| BLANCHARD.                                 | GUEBHARD.  | LUTZ.      | REYNIER.             |
| BOUILLY.                                   | HALLOPEAU. | PEYROT.    | RIBEMONT-DESSAIGNES. |
| BUDIN.                                     | HANOT.     | PINARD.    | RICHELOT.            |
| CAMPENON.                                  | HANRIOT.   | POUCHET.   | RICHEL (Ch.).        |
| CHARPENTIER.                               | HUMBERT.   | QUINQUAUD. | ROBIN (Albert).      |
| DEBOVE.                                    | HUTINEL.   | RAYMOND.   | SEGOND.              |
| FARABEUF, chef<br>des travaux anatomiques. | JOFFROY.   | RECLUS.    | STRAUS.              |
| GARIEL.                                    | KIRMISSON. | REMY.      | TERRILLON.           |
|                                            | LANDOUZY.  | RENDU.     | TROISIER.            |

*Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.*

---

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*A mon Président de Thèse*

M. LE PROFESSEUR TRÉLAT

Président de l'Académie de Médecine

Chirurgien de la Charité

Officier de la Légion d'honneur, etc.



*A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE*

*A MA MÈRE*

*A MON FRÈRE*

*A MES PARENTS*



*A mon excellent Maître*

M. LE DOCTEUR LÉON LABBÉ

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien de l'hôpital Beaujon

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'honneur, etc.

A M. LE DOCTEUR PAUL SEGOND

Chirurgien des Hôpitaux

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.





## INTRODUCTION

---



plusieurs reprises, pendant le cours de nos études médicales, nous avons observé des hydarthroses survenues chez de jeunes sujets qui avaient éprouvé plus ou moins nettement l'ensemble symptomatique caractérisant l'ostéomyélite de croissance. Nous avons souvent entendu nos maîtres établir qu'il existe un rapport étroit entre ces épanchements et la forme d'ostéomyélite qui résulte de l'exagération du travail ostéogénique.

Mais, malgré nos recherches, nous n'avons trouvé sur cette question aucun travail d'ensemble.

Nous avons pensé que le sujet était assez intéressant pour donner lieu à une thèse inaugurale, et, nous appuyant sur nos observations personnelles et celles qui nous ont été communiquées, nous avons essayé d'étudier cliniquement ces hydarthroses secondaires et de montrer les liens qui les rattachent à l'ostéomyélite de croissance.

Nous empruntons à un très intéressant travail de M. Bouilly sur

la fièvre de croissance, publié en 1883 par la Gazette des Hôpitaux, le passage suivant qui résume parfaitement en quelques lignes le sujet de notre thèse :

« Au genou surtout il se développe dans la séreuse une hydarthrose indolente qui peut persister plus ou moins longtemps, et je suis porté à croire, d'après certains faits, que nombre d'hydarthroses de l'enfance et de l'adolescence n'ont pas une autre origine que ces poussées osseuses congestives juxta-articulaires. »

M. le professeur Trélat nous a raconté l'histoire d'un malade qu'il a observé, dans son service, au commencement de l'année 1885 et qui était un type de la modalité clinique que nous allons étudier. Ce malade était surtout remarquable par la multiplicité des lésions.

Il s'agissait d'un adolescent qui avait une poussée d'ostéomyélite de croissance développée aux extrémités des principaux os des membres.

Les articulations voisines étaient le siège d'épanchements notables. L'hydarthrose occupait les genoux, les hanches et les articulations tibio-tarsiennes.

A plusieurs reprises l'immobilisation prolongée déterminait une résolution complète de ces divers épanchements. Mais il suffisait qu'on supprimât les appareils immobilisateurs, pour voir en très peu de temps les hydarthroses se reproduire. Du reste dès que l'épanchement se reconstituait, les phénomènes ostéomyélitiques réapparaissaient aussi.

Nous avons trouvé dans divers recueils plusieurs observations d'hydarthroses dues très probablement à des ostéomyélites de croissance, mais elles ne nous ont pas paru assez nettes ou assez complètes pour être utilisées. Nous nous bornerons à publier celles que nous avons recueillies nous-même.

Nous nous proposons moins, en effet, de prouver la fréquence de l'affection que de montrer la relation qui existe entre certains épanchements articulaires et l'ostéomyélite de croissance.

Cette fréquence existe cependant. M. Bouilly nous a dit qu'il avait observé un grand nombre de ces hydarthroses, et particulièrement les formes les plus légères. Mais alors les malades ne viennent pas à l'hôpital; c'est dans la clientèle qu'on les rencontre.

Nous prions M. le professeur Trélat de vouloir bien agréer nos sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que nos maîtres MM. L. Labbé et Segond, qui nous ont toujours témoigné un si bienveillant intérêt, et MM. Bouilly, Nicaise et Reclus, de qui nous avons reçu, par une extrême obligeance de leur part, des indications précieuses pour ce petit travail, veuillent bien nous permettre de leur exprimer ici notre profonde reconnaissance.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à notre ami le docteur Paul Hamonic, ancien interne des hôpitaux, auquel nous devons une de nos plus intéressantes observations.







## CHAPITRE PREMIER



### *Nature de l'Affection.*

**L**a variété d'hydarthrose qui fait le sujet de notre thèse inaugurale est une forme clinique d'épanchement articulaire que l'on doit ranger à part, tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue symptomatique.

Cette modalité clinique comprend évidemment un grand nombre des hydarthroses auxquelles on imposait autrefois la qualification d'*essentielles* ou *idiopathiques*.

Plus la lumière se fait sur la pathologie des articulations plus devient minime le groupe de ces dernières hydarthroses, au profit des *hydarthroses symptomatiques*. Il est même probable que plus tard l'hydarthrose constituera non plus une maladie isolée, mais un symptôme.

Du reste il en a été ainsi de l'hydrocèle. Aujourd'hui la proportion des hydrocèles *idiopathiques* est insignifiante par rapport à celle des hydrocèles *symptomatiques*, et encore est-on autorisé à admettre que c'est grâce à une observation incomplète que les hydrocèles primitives existent, faute de pouvoir les rattacher à une lésion préexistante du testicule, de l'albuginée, de l'épididyme ou du canal déférent qu'on ne peut constater.

L'opinion que nous émettons sur l'hydarthrose est loin d'être neuve, et il y a longtemps que les observateurs ont fait cette remarque.

Dans l'excellent article que M. le professeur Panas a écrit sur les maladies des articulations dans le Dictionnaire pratique, nous lisons : « Comme on l'observe pour les autres hydropsies, les *hydarthroses idiopathiques ou essentielles* sont de beaucoup les plus rares, et dans la grande majorité des cas, l'hydarthrose est la conséquence d'une

phlegmasie plus ou moins manifeste de l'articulation, qui peut être elle-même de cause externe ou interne. Toutefois il est des cas où il n'est pas possible de démontrer, au moins cliniquement, l'existence d'une phlegmasie articulaire et où l'hydarthrose semble plutôt dépendre d'une cause diathésique dont il n'est pas toujours facile de préciser la nature, mais qui n'en est pas moins démontrée par la fâcheuse disposition qu'ont certains individus à avoir sans cause appréciable une ou plusieurs articulations simultanément ou successivement prises. »

Il est évident que les états généraux retentissent sur les articulations. Une affection hydropigène peut amener une hydarthrose au même titre qu'un épanchement dans une quelconque des cavités séreuses.

Mais dans ces circonstances on constatera ordinairement plusieurs lésions identiques et disséminées relevant de la même diathèse et indiquant par leur multiplicité leur nature diathésique spéciale. « Depuis, dit Bonnet de Lyon, que j'interroge les malades qui sont affectés d'hydarthrose, sur les douleurs, la gêne des mouvements qu'ils peuvent éprouver dans d'autres articulations, j'ai à peine trouvé un seul cas où il n'y en eut un certain nombre qui fussent simultanément malades. »

Nous allons nous attacher à démontrer que souvent l'hydarthrose chronique qui à première vue pourrait être réputée *idiopathique* est *secondaire* à certaines formes d'ostéomyélite ordinairement bénignes, souvent latentes, dues à une perturbation quelconque du travail d'ossification et que nous désignons sous le nom d'ostéomyélites de croissance.

Disons d'abord que les malades dont nous publions les observations sont tous adolescents.

L'hydarthrose que nous étudions survient donc dans la jeunesse, ou dans l'adolescence. On ne la rencontre pas dans la vieillesse.

En d'autres termes elle s'observe à une période plus ou moins rapprochée, mais jamais très éloignée de l'époque du développement osseux, alors que le sujet qui en est porteur se trouve dans la phase où s'observe l'ostéomyélite de croissance.

Nous ne développerons pas ici la doctrine de l'ostéogénie et nous ne referons pas la théorie de l'ostéomyélite. Nous renvoyons à la description magistrale de M. le professeur Lannelongue.

Nous ferons seulement remarquer que l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia ne se réunissent aux diaphyses que tardivement, vers l'âge de vingt ou vingt-cinq ans d'après M. le professeur Sappey. Jusqu'à ce que cette réunion soit complète, un travail

actif physiologique s'opère au niveau du cartilage de conjugaison. Celui-ci est le siège d'une hyperactivité productrice, d'une prolifération cellulaire d'où dépend l'augmentation de l'os en longueur. Dès que la soudure entre la diaphyse et l'épiphyse est effectuée l'os cesse de grandir.

Jusqu'à ce moment, grâce à l'exagération vitale du cartilage de conjugaison, toute phlegmasie a une tendance naturelle à se localiser en ce point. Aussi l'ostéomyélite ou ostéite épiphysaire des adolescents trouve-t-elle dans les conditions physiologiques précédemment indiquées la raison de son existence et de sa fréquence à cette période de la vie.

Il est établi qu'un processus d'ossification envahissant les cartilages de conjugaison détermine la réunion des diaphyses aux épiphyses. Qu'une circonstance quelconque fasse dévier ce processus de la ligne normale d'évolution, le précipite, l'exagère, il en résulte un trouble nutritif qui amène une ostéomyélite. On conçoit que celle-ci peut être intense ou légère suivant la nature de la cause efficiente et les mille circonstances accessoires à l'influence desquelles le malade est exposé.

Dans certains cas l'ostéomyélite est tellement légère qu'elle peut passer inaperçue ou donner lieu à quelques phénomènes douloureux, osseux, transitoires et assez insignifiants pour ne pas attirer spécialement l'attention.

« On s'est quelquefois mépris, dit M. Ollier (1), sur la signification de l'ostéite juxta-épiphysaire. Parce que c'est la forme grave et infectieuse qui a été plus particulièrement décrite on s'est imaginé que cette affection n'était autre que celle qu'on connaissait sous le nom de périostite phlegmoneuse diffuse, de décollement des épiphyses, de typhus des membres, etc. C'est là une erreur contre laquelle nous nous sommes toujours élevé, car, dès le début de nos recherches, nous avons observé les formes chroniques et bénignes. »

Souvent c'est moins une phlegmasie véritable qu'une simple congestion juxta-épiphysaire.

Quoi qu'il en soit, la résultante de ce travail physiologique devenu pathologique a pour effet de retentir plus ou moins sur l'articulation voisine, de l'irriter et d'amener, grâce à un trouble sécrétoire anormal,

---

(1) Encyclopédie internationale de chirurgie : *Maladie des os* ; Ollier.

un épanchement dans sa cavité. Toute ostéomyélite peut donc déterminer une hydarthrose.

Mais dans le cadre de l'ostéomyélite on doit faire rentrer certaines formes atténuées qui sont, comme nous le disions plus haut, de simples congestions plutôt que des inflammations véritables du cartilage de conjugaison. Nous sommes d'autant plus autorisé à donner cette extension aux limites très vastes de l'ostéomyélite que M. Bouilly (1) y range la *fièvre de croissance*, qui en serait l'expression clinique la plus légère possible.

Une hydarthrose survenant dans le jeune âge peut donc être le symptôme essentiel d'une ostéomyélite, celle-ci étant tellement légère qu'elle n'attire pour ainsi dire pas l'attention. L'hydarthrose, au contraire, qui en est l'expression symptomatique directe peut seule occuper le malade et le médecin.

Mais ce n'est pas tout. Depuis le remarquable travail de M. Comby sur les formes de l'ostéomyélite prolongée, on sait que ces affections peuvent, après des périodes de silence, simulant quelquefois une guérison complète, se réveiller subitement et donner lieu à de nouveaux phénomènes morbides. Il est évident que dans ces cas l'état pathologique, quoique latent, n'a jamais cessé d'exister, et l'on comprend qu'une hydarthrose, créée au début, alors que l'inflammation ostéomyélitique existait franchement, puisse être maintenue indéfiniment à l'état chronique par la persistance des altérations osseuses qui, quoique latentes au point de vue symptomatique n'en n'existe pas moins réellement au point de vue anatomo-pathologique.

Une objection se pose ici. On peut se demander si un épanchement articulaire constaté chez un sujet dans les circonstances précédemment énoncées ne peut pas, dans l'espèce, reconnaître pour cause une lésion autre que l'ostéomyélite.

Il est d'abord absolument facile de séparer un épanchement articulaire consécutif à une *arthrite aiguë* d'une *hydarthrose* véritable. L'épanchement de l'arthrite aiguë n'est pas une hydarthrose. On réserve ce mot, en effet, ainsi que l'indique M. le professeur Panas, pour les cas où l'épanchement se fait progressivement, en dehors de toute réaction inflammatoire articulaire.

A supposer même qu'une ostéomyélite retentisse, par voisinage, assez

---

(1) Revue mensuelle 1879 : *De la fièvre de croissance*.

fortement sur une articulation pour simuler une arthrite, il sera aisé de faire la différence entre cette poussée aiguë d'une affection osseuse essentiellement chronique et une arthrite franche véritable.

On ne peut donc, dans aucun cas, faire une confusion entre l'hydarthrose que nous étudions et l'arthrite aiguë avec épanchement.

Confondrons-nous davantage l'hydarthrose consécutive à l'ostéo-myélite avec l'*arthrite tuberculeuse*?

Cela nous paraît fort difficile tant au point de vue symptomatique, qu'au point de vue anatomique.

L'arthrite tuberculeuse ou tumeur blanche a pour caractéristique la *fongosité*. M. le professeur Panas attribue à ce produit une valeur morbide absolue. Il est vrai que la fongosité peut exister en si faible abondance qu'il devient très difficile, sinon impossible, d'en apprécier l'existence. Mais la fongosité lorsqu'elle existera en assez grande abondance donnera au clinicien une sensation toute autre que celle fournie par un épanchement liquidien intra-articulaire. Nous y reviendrons du reste au chapitre du diagnostic. Mais nous devons signaler ici comme pouvant donner lieu à confusion les *altérations tuberculeuses des parties osseuses* voisines des articulations, qui retentiraient à la façon de l'ostéo-myélite sur ces dernières et y amèneraient un épanchement d'abondance variable.

Une variété surtout est à bien connaître, c'est celle de l'*ostéomyélite bacillaire* décrite dernièrement par M. le professeur Trélat (1).

Ici la tuberculose se localise précisément dans les régions où évolue l'ostéomyélite.

La prédisposition à cette localisation primitive est justement constituée par les conditions juxta-épiphysaires précédemment énoncées.

Somme toute il s'agit là d'une *ostéomyélite*. Elle est bacillaire, c'est-à-dire d'une nature spéciale, infectieuse. C'est en quoi elle diffère de l'ostéomyélite simple. Mais comme cette dernière elle peut retentir sur la nutrition de la cavité articulaire voisine, et y amener par irritation un plus ou moins grand épanchement.

Ce serait l'étude des antécédents du malade, et des symptômes évolutifs et cliniques qui pourrait fixer le diagnostic.

Les *arthropathies syphilitiques* constituent un groupe important que nous devons passer en revue, pour bien établir qu'il est facile de ne

---

(1) Congrès de chirurgie 1885. — Cliniques de la Charité 1885.

pas les confondre avec l'ostéomyélite amenant et entretenant une hydarthrose.

Les travaux récents sur ces arthropathies, surtout ceux de MM. Bouilly (1) et Méricamp (2) ont établi qu'il s'agit là d'infiltrations gommeuses pérисynoviales.

M. Lancereaux a eu occasion de faire une autopsie qui a démontré la réalité du fait précédent.

On comprend que dans ces circonstances l'articulation est le siège d'un épanchement *secondaire* dû à une irritation sécrétoire.

Il arrive que la syphilis porte son action exclusivement sur les extrémités osseuses, et M. le professeur Fournier admet que tous les éléments de l'articulation puissent être intacts sauf les extrémités osseuses et les cartilages.

M. Méricamp a publié dans sa thèse une autopsie dans laquelle l'épiphyse présentait des lamelles osseuses réticulées, feutrées. Entre elle et le cartilage il y avait un foyer de matière d'un *jaune d'or* que le microscope démontra être positivement de nature gommeuse.

Observons que dans ces cas la lésion est presque toujours multiple, la syphilis ne frappant pas un os isolément. Ce caractère ne peut pas s'appliquer aux hydarthroses que nous étudions, qui au contraire sont la plupart du temps isolées.

Ajoutons que M. Méricamp a décrit après M. Duménil (3) de Rouen une forme spéciale d'arthropathie syphilitique due à la *syphilis héréditaire*. Elle en serait une manifestation *tardive*.

Des ostéophytes caractérisent anatomiquement cette forme particulière.

L'existence des dépôts gommeux juxta-articulaires, la sensation d'ostéophytes, de lamelles osseuses feutrées à la surface des épiphyses, la dissémination des symptômes et la constatation de manifestations syphilitiques chez le malade ou chez ses ascendants empêcheront de confondre l'hydarthrose consécutive aux arthropathies syphilitiques avec celles qui sont la conséquence de l'ostéomyélite.

L'*arthrite déformante*, qui n'est, d'après M. le professeur Charcot, qu'une forme de *rhumatisme chronique osseux* et qui atteint surtout les vieillards, est une affection trop différente de l'hydarthrose qui est l'objet de ce travail pour que nous nous y arrêtions.

---

(1) Thèse de Paris 1878.

(2) Thèse de Paris 1882.

(3) Thèse de Gressent 1874.

Concluons en disant que plusieurs maladies peuvent déterminer de l'*hydarthrose*, mais qu'avec un peu d'attention on ne confondra jamais ces hydarthroses avec celles dues à une ostéomyélite chronique latente ou non. Ces affections ont, en effet, leurs symptômes spéciaux qui permettent le diagnostic, et il leur manque les phénomènes évolutifs et cliniques caractérisant l'ostéomyélite.

La localisation de l'hydarthrose qui fait le sujet de ce travail mérite aussi de fixer notre attention.

Dans l'immense majorité des cas l'épanchement se fait dans l'articulation du genou ; puis viennent par ordre décroissant de fréquence, les articulations de la hanche et tibio-tarsienne.

Exceptionnellement observée dans les articulations des membres supérieurs, rien ne démontre que cette hydarthrose ne puisse s'y développer.

Sa fréquence au niveau des articulations des membres inférieurs nous semble uniquement tenir à l'influence de la marche et de la station debout qui constituent, jusqu'à un certain point, des causes traumatiques ou du moins des causes d'irritation capables d'attirer et d'entretenir des phlegmasies locales.

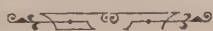
Le genou, grâce à sa capacité, à l'amplitude des mouvements qui s'y passent, et surtout à l'époque tardive de la réunion diaphyso-épiphysaire des os qui le constituent, est spécialement prédisposé à la localisation morbide de notre hydarthrose.

Le plus souvent l'épanchement est isolé. Un seul article est atteint. Il peut arriver cependant qu'on constate plusieurs hydarthroses chez le même individu, qui alors supporte plusieurs poussées ostéo-myélitiques. Celles-ci peuvent être contemporaines, ou avoir des âges différents. Il est évident que les épanchements qui en sont la conséquence présentent les mêmes caractères évolutifs.

Le cas de M. le professeur Trélat dont nous avons parlé au commencement de ce travail, est un bel exemple de la multiplicité des épanchements consécutifs à des poussées d'ostéomyélite de développement.

Un fait intéressant est encore à signaler. Il concerne l'articulation de la hanche.

Par suite d'une disposition anatomique particulière, le cartilage de conjugaison qui unit la tête du fémur au reste de l'os se trouve compris dans la capsule articulaire. Aussi l'épanchement est-il fatal et empreint d'une gravité spéciale lorsque la phlegmasie occupe ce cartilage.





## CHAPITRE II



### *Étiologie.*

**L** nous reste, après ce que nous venons de dire, bien peu de choses à ajouter pour indiquer l'étiologie des hydarthroses qui nous occupent.

Leur cause essentielle et véritable est en effet l'ostéomyélite de croissance.

Elles peuvent cependant être influencées par certaines circonstances accessoires venant aggraver leur symptomatologie ou modifier leur évolution clinique. Parmi ces circonstances nous citerons surtout les *traumatismes* de toute espèce portant sur l'article ou sur les extrémités osseuses qui en limitent la cavité. On le comprend, ces traumatismes enflamment l'articulation déjà envahie par l'épanchement, ou exagèrent la phlegmasie ostéomyélitique s'ils portent sur l'os, et retentissent alors sur la jointure d'une manière indirecte. — Disons que la marche doit être rangée parmi les traumatismes.

La *blennorrhagie* doit être citée aussi, et dans une de nos observations elle paraît avoir ajouté son action nocive à celle de l'ostéomyélite, pour amener du côté de la jointure une altération secondaire complexe.

Mais les traumatismes et la blennorrhagie constituent des circonstances accessoires et non pas les causes des épanchements qui nous occupent.

L'ostéomyélite de développement en demeure donc la cause efficiente.





## CHAPITRE III



### *Évolution clinique et Symptômes.*

**L'**HYDARTHROSE que nous étudions revêt toujours la forme chronique.

Ordinairement elle se développe insidieusement, à la sourdine, et alors il est très difficile, sinon impossible, de fixer l'époque exacte de son apparition.

Un peu de gêne, quelques douleurs vagues dans le voisinage de l'articulation malade, une légère boiterie s'il s'agit du genou, un certain degré de tuméfaction de la région, tels sont les phénomènes qui attirent l'attention du patient. Souvent celui-ci se croit atteint d'un peu de rhumatisme et se préoccupe peu de son état, d'autant qu'une amélioration notable peut se produire à la suite d'un simple repos. Il est vrai que les phénomènes pathologiques se reproduisent dès que le malade recommence à marcher.

D'autres fois le début de l'hydarthrose est tout différent. Celle-ci donne lieu à des symptômes bruyants, aigus. Il y a de la douleur, du gonflement ; quelquefois même la température s'élève dans de notables proportions. Ce mode de début est plus rare que le précédent.

Il faut remarquer qu'une hydarthrose insignifiante peut exister depuis longtemps, lorsqu'éclatent tout à coup à la suite d'une circonstance quelconque (fatigue, traumatisme, froid, etc.) les symptômes aigus qui semblent marquer le commencement de la maladie. Le malade ne manque pas, en effet, de rapporter le début de son hydarthrose à cette phase, alors que son affection existe déjà depuis longtemps, mais est restée jusque-là latente ou à peu près. On le comprend, il s'agit dans l'espèce d'une poussée phlegmasique aiguë qui s'est

greffée, pour ainsi parler, sur le processus chronique. Cette poussée peut se calmer et tout rentrer dans l'ordre. Mais une seconde et une troisième poussée inflammatoire peuvent survenir de nouveau sous des influences pathogéniques diverses, et imprimer à l'article malade des modifications morbides de plus en plus accentuées. Progressivement la région malade se modifie. Une tuméfaction variable s'observe à son niveau. Les dépressions et les saillies anatomiques s'effacent. Les points superficiels correspondant aux culs-de-sac de la synoviale, sont le siège du gonflement le plus marqué.

Lorsque c'est le genou qui est atteint, les fossettes latérales de la rotule se comblent, et on observe une tumeur liquide au-dessous du tendon du triceps et de chaque côté du tendon rotulien. Inutile d'ajouter que chaque poussée aiguë amène une exagération du gonflement qui peut diminuer dans de notables proportions lorsque la phlegmasie intercurrente, accidentelle s'est calmée. Il est rare cependant d'observer après l'extinction de cette dernière le retour complet de l'épanchement à son état primitif. Presque toujours il reste un peu plus abondant qu'il n'était avant. C'est ainsi que certaines hydarthroses, à la suite d'une série de poussées aiguës peuvent prendre un développement considérable.

En même temps que les symptômes précédents on peut observer certains signes qui se rapportent à l'ostéomyélite, cause première de tous les accidents.

Nous ne voulons pas ici retracer le tableau clinique des diverses formes de l'ostéomyélite, ce serait sortir complètement de notre sujet. Du reste lorsque l'hydarthrose que nous étudions est constituée, l'ostéomyélite est plus ou moins calmée en temps que maladie aiguë.

Il est cependant possible de trouver par la pression un point douloureux au niveau des cartilages de conjugaison voisins de l'articulation malade. Dans l'hydarthrose du genou c'est le point fémoral qui est le plus douloureux. Il siège à environ cinq travers de doigt de l'interligne articulaire. La pression peut réveiller en ce point une simple sensation de gêne ou une douleur vive. Dans ce dernier cas, il est certain que le processus de l'ostéomyélite n'est pas complètement éteint.

Quand le tibia offre un point douloureux, ce point siège à trois travers de doigt environ de l'interligne articulaire et de préférence à la face interne.

Le point tibial est plus rare que le point fémoral.

Il est des cas où l'on n'observe absolument aucune douleur osseuse. Mais c'est assez rare. Presque toujours on pourra, par des pressions osseuses, méthodiques et patientes, réveiller en un point un certain degré de souffrance.

Un symptôme de grande importance est l'*augmentation du volume de l'os*.

Le plus souvent c'est sur son diamètre transversal que porte cet accroissement.

M. le professeur Trélat insiste beaucoup sur ce phénomène, qu'il apprécie aussi mathématiquement que possible à l'aide du compas d'épaisseur ou mieux du pied à coulisse dont se servent les artisans.

Il importe dans cette mensuration de faire abstraction, autant que possible, des parties molles. On y arrive en les déprimant avec soin et en rapprochant fortement les deux branches de l'instrument.

On mesure alternativement les deux os homologues, en plaçant l'instrument au même niveau et en se comportant, en un mot, de la même manière à droite et à gauche. On peut ainsi établir une comparaison entre le côté sain et le côté malade, et apprécier l'augmentation du diamètre transversal de l'os atteint.

Inutile de dire que si une ostéomyélite ancienne a existé avec une grande intensité, au niveau du fémur par exemple, on trouve sur la partie inférieure de la cuisse, les traces indélébiles de cette affection et principalement les cicatrices adhérentes.

A mesure que l'hydarthrose augmente de volume, la marche devient plus difficile et les mouvements de l'articulation plus pénibles.

En même temps la jointure prend une attitude spéciale. C'est la demi-flexion pour le genou.

On sait que Bonnet de Lyon a établi d'une façon positive, en pratiquant des injections forcées dans les articulations de cadavres, que la capacité maximum de la synoviale articulaire correspond à une attitude spéciale de l'article, qui pour le genou est la demi-flexion.

Cette flexion anormale sera d'autant plus marquée que l'épanchement sera plus considérable.

On comprend que dans cette attitude les muscles fléchisseurs, relâchés continuellement, pourront à la longue subir un certain degré de rétraction.

Du reste, un symptôme qui nous a frappé dans l'hydarthrose du

genou, c'est l'atrophie du muscle triceps. L'atrophie évidemment ne se localise pas à ce seul muscle, mais c'est sur lui qu'elle s'exerce le plus fortement, et on comprend que les fléchisseurs de la jambe, non combattus ou mal combattus dans leur action antagoniste par le triceps plus ou moins atrophié, puissent entraîner de leur côté ce segment du membre, et subir une rétraction progressive.

Lorsque l'épanchement est ancien les muscles de la cuisse et du mollet sont flasques, réagissent mal au courant électrique ou se contractent d'une façon paresseuse, quel que soit l'effort déployé par le malade. Celui-ci est dans une impuissance variable lorsqu'il veut jeter sa jambe en avant, qu'il essaie de donner un coup de pied par exemple.

En un mot l'atrophie du triceps domine la scène.

Si par la palpation on cherche à se rendre compte de la quantité du liquide épanché, il est ordinairement facile de percevoir une fluctuation très nette. Le choc rotulien, dans l'articulation du genou, est aisé aussi à sentir au moyen du procédé classique. Cependant quand l'épanchement est minime cette pratique est quelquefois impuissante.

M. le professeur Trélat conseille alors d'appuyer le talon du malade sur un coussin ou sur les couvertures du lit enroulées, de façon que la face postérieure du mollet et la région poplitée ne s'appuient pas sur le plan du lit.

Dans cette attitude il devient aisé de découvrir une hydarthrose qui aurait passé inaperçue dans toute autre position.

C'est par la palpation méthodique qu'on peut étudier et localiser le symptôme *douleur*. Nous avons déjà dit que la douleur était osseuse et que, lorsqu'elle existait, elle siégeait aux environs du cartilage de conjugaison.

Lors des poussées inflammatoires aiguës qui se greffent sur l'état chronique, la douleur devient articulaire et la palpation permet de la constater au niveau de l'interligne. Mais cette localisation n'est que transitoire, et dès que l'hydarthrose est isolée, la douleur de l'article n'existe plus ou du moins elle est insignifiante.

Les mouvements qu'on imprime à l'articulation sont quelquefois douloureux. Il est moins facile de les produire que normalement dans le sens de la flexion et de l'extension, faits qui s'expliquent par la distension de la synoviale par l'épanchement.

Si celui-ci est considérable il devient possible, dans certains cas, de

communiquer à l'article des mouvements latéraux qui sont la conséquence de la distension des ligaments de la jointure.

S'il existe des douleurs articulaires, comme cela a lieu lors des poussées aiguës, le malade immobilise instinctivement sa jointure de façon à éviter tout mouvement douloureux. On constate alors une certaine raideur articulaire, de cause spasmodique réflexe, qui imprime à la démarche une allure spéciale. Le malade a conscience que sa jointure est plus faible que normalement, aussi évite-t-il de s'appuyer sur elle dans les divers actes de la vie.

Dans une de nos observations il est fait mention d'une hyperesthésie spéciale de la peau qui était, du reste, profondément modifiée, grâce à l'usage longtemps répété d'applications de teinture d'iode et de pointes de feu. Cette hyperesthésie cutanée demeure un fait isolé, et il nous paraît évident qu'on doive le rapporter, non pas à l'épanchement intra-articulaire du genou, mais bien aux modifications éprouvées par la peau du fait de l'application de topiques irritants.

Il est des cas où l'hydarthrose est double et occupe en même temps les deux genoux. Il s'agit là de deux poussées ostéomyélitiques contemporaines ou ayant évolué à des périodes plus ou moins rapprochées l'une de l'autre.

Il est rare que les deux hydarthroses présentent alors la même intensité. L'épanchement est ordinairement plus abondant d'un côté que de l'autre.

L'état général du malade reste ordinairement bon au milieu de l'ensemble des symptômes précédents. Souvent même le patient est d'une complexion robuste. Son appétit s'est conservé, ses forces restent les mêmes. Mais si l'hydarthrose dure longtemps, et donne lieu à des symptômes assez intenses pour obliger le malade à garder le lit, celui-ci, sous l'influence du repos forcé et de l'affaissement moral qu'il éprouve à voir son affection s'éterniser, cesse de manger, devient hypocondriaque et maigrit. Il peut se produire aussi peu à peu un degré avancé d'anémie et même de cachexie.

Inutile de dire que l'état général dépend surtout des conditions hygiéniques dans lesquelles vivent des malades et des soins dont ils sont l'objet.

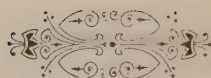
Si le sujet est prédisposé héréditairement à la tuberculose, bien qu'aucune manifestation phymatoïde n'existe encore chez lui, on

pourra voir celle-ci se développer sous l'influence de la débilitation progressive que nous venons de signaler.

Les poussées aiguës inflammatoires, qui souvent, ainsi que nous l'avons dit, viennent troubler la marche chronique du processus, exercent une action des plus notables dans la production de la cachexie.

En effet, à l'occasion de chaque poussée aiguë, le malade devient fébricitant, cesse à peu près de manger et souffre plus ou moins violemment de son article ou de ses épiphyses. La douleur empêche le patient de dormir, et à toutes les causes de débilitation précédemment indiquées, s'ajoute l'*insomnie*.

Il est rare que l'affaiblissement du malade constitue un danger pour la vie. Cet état est en effet ordinairement transitoire, et peu à peu, sous l'influence d'une thérapeutique rationnelle, le malade reprend le dessus.





## CHAPITRE IV



### *Marche. — Durée. — Terminaison.*

**L'**ÉVOLUTION de l'hydarthrose que nous étudions est intéressante à plusieurs titres.

Elle est d'abord naturellement longue et chronique, puisque l'hydarthrose est déterminée et entretenue par une ostéomyélite dont la durée peut être considérable.

L'hydarthrose suit exactement les fluctuations de l'ostéomyélite, augmentant ou diminuant, en même temps que cette dernière subit des exacerbations ou des accalmies.

Notons que les fatigues, de quelque nature soient-elles, ont une influence directe sur l'hydarthrose et ne peuvent que l'exagérer.

L'hydarthrose dont il est ici question présente dans son évolution trois phases bien distinctes dont nous allons signaler les traits saillants.

Dans une première période le malade accuse des symptômes d'ostéomyélite, et le clinicien ne trouve pas autre chose chez lui, sauf erreur de diagnostic.

Tantôt les symptômes ostéomyélitiques sont très intenses, tantôt ils sont à peine marqués. Quelquefois généralisés, comme dans la fièvre de croissance, ils sont plus souvent localisés, nous l'avons déjà dit, à une seule articulation et en particulier au genou.

A ce moment l'articulation voisine du foyer de l'ostéomyélite peut déjà être le siège d'un certain épanchement.

Sous l'action d'un traitement approprié l'ostéomyélite se calme. Tantôt, c'est le cas le plus fréquent, aucune suppuration n'a eu lieu. D'autres fois un ou plusieurs abcès se sont ouverts à l'extérieur.

Quoi qu'il en soit, tous les symptômes osseux peuvent disparaître en apparence, et seul l'épanchement articulaire subsister.

Nous voilà arrivé à la seconde période. Nous constatons les phénomènes décrits déjà et se rapportant à l'hydarthrose.

Nous avons indiqué l'importance d'apprécier exactement les modifications plus ou moins anciennes subies par les os, et qui sont comme la preuve de l'évolution pathogénique de l'épanchement articulaire. Ce seront ces modifications qui permettront de faire un diagnostic exact de la cause de l'hydarthrose.

C'est pendant cette seconde période, essentiellement longue, que l'on peut observer, sous des influences diverses, des poussées aiguës.

Tantôt celles-ci sont des phlegmasies articulaires, survenant à l'occasion d'une action traumatique quelconque, s'exerçant sur l'article ou à son voisinage. On conçoit que la jointure atteinte d'hydarthrose sera bien plus sujette à subir le contre-coup de toute action traumatique que si elle était saine. Aussi une simple fatigue peut être considérée comme un véritable trauma.

Tantôt la poussée inflammatoire aiguë se produit, non pas au niveau de l'articulation, mais bien au niveau de l'épiphyse ou du cartilage de conjugaison. En d'autres termes, il s'agit dans l'espèce non pas d'une poussée articulaire, mais bien d'une poussée aiguë d'ostéomyélite. On comprend que par le fait de cette recrudescence phlegmasique osseuse, il puisse se faire un retentissement sur l'articulation, dont la conséquence soit d'augmenter la quantité du liquide épanché.

La fièvre, la douleur, l'augmentation de la température locale sont les principaux symptômes qui se rapportent à ses poussées.

La deuxième période est fort longue, avons-nous dit. Mais il y a lieu d'établir une distinction au point de vue de sa durée, entre les sujets jeunes, ayant de douze à seize ans par exemple, et ceux plus âgés. A mesure, en effet, que le sujet se rapprochera du moment de la réunion de la diaphyse à l'épiphyse, l'articulation tendra de plus en plus à revenir à son état normal, car plus le patient avance en âge, plus l'ostéomyélite tend à disparaître. Elle cesse d'exister quand le travail physiologique qui se fait au niveau du cartilage de conjugaison et qui entretient en ce point une congestion, pouvant dégénérer en inflammation, a complètement terminé son œuvre, c'est-à-dire lorsque la soudure complète s'est effectuée entre la diaphyse et l'épiphyse.

Souvent alors toute trace d'ostéomyélite a disparu, et l'épanchement

articulaire qui en était la conséquence, disparaît complètement à son tour.

Disons cependant qu'il est possible que, par une extension progressive, l'ostéomyélite frappe l'articulation avec une telle intensité que les lésions produites soient irrémédiables.

Dès lors l'épanchement pourra continuer à exister, l'ostéomyélite ayant complètement disparu. C'est ainsi qu'il faut interpréter certaines ostéo-arthrites non tuberculeuses dues à une ostéomyélite, et persistant indéfiniment après même que celle-ci a été complètement guérie.

La troisième période de la maladie correspond à la guérison, qui arrive dans la plupart des cas, ou bien à l'ostéo-arthrite chronique non tuberculeuse dont nous venons de parler.

Nous ne voulons pas entrer dans cette question, qui se rapporte bien plus à l'ostéomyélite prolongée qu'à notre sujet. — Nous n'en avons dit un mot que pour montrer qu'il existe souvent des relations entre cette forme d'ostéo-arthrite, et l'hydarthrose que nous étudions.

La durée de l'hydarthrose est bien variable, dépend de l'âge du sujet, et surtout de la persistance de l'ostéomyélite qui la crée. Il faut se rappeler que certaines formes d'ostéomyélite sont remarquables par leur *latence*. Il ne faudrait donc pas regarder comme complètement éteinte une ostéomyélite qui ne donnerait lieu à aucun symptôme saillant. La mensuration comparée de l'os malade avec l'os homologue sera, croyons-nous, le meilleur critérium.

Remarquons cependant qu'une ostéomyélite absolument guérie peut laisser derrière elle un certain degré d'hyperostose définitive.

La terminaison de la forme d'hydarthrose dont nous étudions ici les caractères est habituellement heureuse, la guérison survenant toujours, à la longue, mais à peu près certainement.

Mais lorsqu'une complication articulaire, de nature quelconque, atteint l'articulation malade, la terminaison est plus ou moins mauvaise suivant la nature même de la complication.

Nous allons du reste dans le chapitre suivant dire un mot des complications intercurrentes qu'on peut observer au niveau de l'articulation malade, pendant l'évolution de l'hydarthrose consécutive à l'ostéomyélite de croissance et entretenue par elle.





## CHAPITRE V



### *Complications.*

LLES sont rares. Nous n'avons guère observé que des poussées aiguës d'*arthrite*, se greffant sur l'hydarthrose, à l'occasion d'une fatigue, d'un traumatisme, d'une blennorrhagie.

Il est évident qu'une articulation atteinte d'épanchement secondaire à une ostéomyélite de croissance, pourra subir toute espèce de phlegmasie, comme une articulation saine. Elle y sera même beaucoup plus sujette, grâce aux modifications qu'elle aura éprouvées dans sa nutrition et sa vitalité, sous l'influence du processus irritatif, dont le point de départ est la région diaphyso-épiphysaire.

Mais étudier ces complications ce serait répéter la pathologie des articulations et s'égarer sur un terrain où nous ne devons pas pénétrer.

Il nous suffira donc d'avoir mentionné leur possibilité.



## CHAPITRE VI



### *Diagnostic.*



DEUX questions sont à résoudre :

1° Y a-t-il hydarthrose ?

2° Cette hydarthrose est-elle bien liée à une ostéomyélite de croissance ?

Il est facile de répondre à la première en examinant la région et en recherchant attentivement par les moyens précédemment indiqués la fluctuation articulaire et le choc rotulien.

Inutile donc de s'arrêter sur le diagnostic différentiel de l'hydarthrose que nous étudions avec un *épanchement sanguin*, des *fungosités* intra-articulaires ou bien avec un *épanchement quelconque* extra-articulaire. Ce diagnostic se rapporte à l'hydarthrose en général et n'offre dans l'espèce aucune particularité digne d'être notée.

Arrêtons-nous sur le deuxième point et voyons comment on peut arriver au diagnostic de la cause initiale de l'épanchement.

L'hydarthrose qui fait l'objet de notre thèse est essentiellement *chronique*. Ce caractère évolutif est suffisant pour faire éliminer tous les épanchements articulaires à marche aiguë.

Nous répéterons cependant que des *poussées aiguës* peuvent se greffer sur cette hydarthrose chronique. Mais il sera toujours facile de différencier un épanchement aigu d'un épanchement chronique, subissant une poussée aiguë.

Parmi les affections donnant naissance à des épanchements articulaires simulant le plus l'hydarthrose consécutive à l'ostéomyélite de croissance, nous devons citer d'abord la *tuberculose* et la *sypphilis* et

c'est sur ces deux maladies que devra surtout porter le diagnostic étiogénique.

La tuberculose osseuse, lorsqu'elle se localise au voisinage d'une jointure retentit toujours sur elle, et y amène souvent un *épanchement*. D'autres fois la tuberculose se propage jusqu'à l'article et l'envahit, en y développant des *fongosités*. C'est la *tumeur blanche* dont il ne peut être question ici, puisque la production intra-articulaire est alors la *fongosité* et non un *épanchement*.

C'est donc surtout dans le premier ordre de faits que l'erreur de diagnostic est possible entre la *tuberculose osseuse* et l'ostéomyélite, dans la recherche de la cause initiale de l'épanchement articulaire.

Il y a des cas où l'erreur est excessivement difficile à éviter. Nous faisons allusion à l'*ostéomyélite bacillaire* de M. le professeur Trélat. Les symptômes de cette affection ressemblent en effet absolument à ceux de certaines ostéomyélites de croissance. La lésion essentielle, primordiale, diffère seule puisqu'un bacille spécial est propre à l'une d'elles.

Pour établir un diagnostic rationnel il faudra s'appuyer sur un grand nombre de circonstances, telles que *hérédité, état général, manifestations tuberculeuses diverses*, etc.

Si ces indications manquent il deviendra extrêmement difficile et même impossible de fixer le diagnostic étiogénique de l'hydarthrose d'une façon positive. On restera dans le doute jusqu'à ce que l'évolution clinique de la maladie fasse la clarté. En effet le processus tuberculeux est *envahissant* et l'ostéomyélite de croissance tend au contraire à *s'atténuer* pour finir par disparaître dès que le travail physiologique, qui s'accomplit au niveau de la région diaphyso-épiphysaire, pour le développement osseux, est complètement terminé.

Résumons notre pensée en disant que le diagnostic différentiel entre les deux formes précédentes d'hydarthrose, facile lorsque la tuberculose a franchement envahi l'articulation ou d'autres organes devient extrêmement difficile, sinon impossible, lorsque les produits phymatoïdes sont uniquement localisés dans un point de l'os voisin de l'article, surtout si ce point est la région diaphyso-épiphysaire.

Arrivons à la syphilis articulaire, qui depuis les travaux de Dauzat, de Voisin (1875), de Panas (Dictionnaire pratique), de Bouilly (thèse d'agrégation 1878) ont donné lieu à des mémoires intéressants et surtout aux thèses de Méricamp (1882) et Defontaine (1883).

L'arthrite syphilitique, affectant des allures aiguës, a été signalée dans la phase secondaire. M. Méricamp dit qu'on ne rencontre pas cette forme dans la période tertiaire. Cet auteur pense que les lésions articulaires de cette période sont toujours dues à des productions *péri ou juxta-articulaires*. Il n'y a donc pas alors arthrite, mais *arthropathie*, ou *ostéo-arthrite spécifique*.

M. Méricamp admet trois types de cette arthropathie.

Dans un premier type il existe des dépôts gommeux pérисynoviaux ou des périostites circonscrites. Ces lésions sont primitives, l'épanchement articulaire en est la conséquence. On ne peut donc pas désigner celui-ci sous le nom d'*hydarthrose syphilitique*, ainsi que le veut Plateau (thèse de Paris 1882).

Ce qui caractérise ce type d'arthropathie et permet de différencier l'épanchement qui l'accompagne de celui qui est dû à l'ostéomyélite, c'est la présence de *plaques dures, chondroïdes, élastiques, noueuses*, siégeant dans les tissus périarticulaires donnant la sensation de corps étrangers qui y seraient encastrés, et disparaissant très vite sous l'influence du traitement spécifique.

Ajoutons que cette affection est tout à fait *indolente*. Les dépôts gommeux peuvent se ramollir et donner lieu à des ulcères syphilitiques.

Un deuxième type d'arthropathie syphilitique, correspondant à ce que M. le professeur Fournier a dénommé la *pseudo-tumeur blanche syphilitique*, est caractérisé par des lésions des extrémités osseuses, tous les éléments fondamentaux de l'article — les cartilages articulaires exceptés — restant intacts. M. Méricamp a publié une très intéressante nécropsie de ce type. Dans ce cas il existait des exostoses syphilitiques multiples. Le genou était envahi par un notable épanchement et les extrémités osseuses étaient très augmentées de volume.

D'après M. Méricamp la lésion serait d'abord diaphysaire. Elle gagnerait l'épiphyse par diffusion. Les faits de Taylor, de Coulson, de Gaucher semblent cependant montrer que les dépôts gommeux peuvent se déposer primitivement dans les épiphyses.

On le voit, la localisation morbide diaphyso-épiphysaire qui constitue un fait de première importance relativement au diagnostic de l'ostéomyélite, n'existe pas ici ou est moins nette.

Mais voilà qui caractérise ce deuxième type d'ostéo-arthrite syphilitique. Lorsque le malade souffre, ce n'est qu'à la phase *initiale, prépa-*

*ratoire*, et alors les douleurs sont nocturnes. Elles disparaissent plus tard, et, chose à remarquer, l'indolence persiste même lorsque les lésions destructives sont intenses.

Si à ces symptômes spéciaux nous ajoutons les lésions diverses que la syphilis peut déterminer dans d'autres points du corps, et surtout l'influence du traitement spécifique, nous aurons, sans parler de l'âge du malade, de l'évolution clinique et des commémoratifs, un critérium plus que suffisant pour établir le diagnostic différentiel.

Citons, pour être complet, le troisième type d'arthropathie syphilitique que MM. Duménil de Rouen et Méricamp ont édifié et dont une autopsie du premier de ces deux médecins a démontré la réalité. Cette arthropathie survient à titre d'*accident tardif* de la syphilis héréditaire. Sa caractéristique est une *déformation ostéophytique* des extrémités articulaires. C'est, somme toute, une arthropathie déformante qui ne peut donner lieu à confusion qu'avec l'arthrite sèche et les *arthropathies de cause nerveuse*, comme celles observées dans l'ataxie locomotrice.

Ce dernier type est très rare, mal connu encore, et il ne nous paraît offrir aucune difficulté de diagnostic relativement à l'hydarthrose consécutive à l'ostéomyélite de croissance.

Nous ne dirons rien des hydarthroses déterminées par les tumeurs des os. Ici le diagnostic n'est pas douteux. La constatation du néoplasme suffit pour éclairer le clinicien.

Nous devons mentionner l'hydarthrose *blennorrhagique* comme pouvant être, à la rigueur, confondue avec l'hydarthrose consécutive à l'ostéomyélite.

Mais ici nous avons pour nous guider l'intégrité des points osseux diaphyso-épiphysaires, l'existence d'une blennorrhagie plus ou moins manifeste, une marche subaiguë ou aiguë de l'affection articulaire, et souvent une congestion œdémateuse des tissus mous périarticulaires.

Il est possible que la blennorrhagie évoluant chez un jeune sujet ajoute son action nocive à celle d'une ostéomyélite de croissance.

L'origine étiologique de l'épanchement est alors complexe.





## CHAPITRE VII



### *Pronostic.*



ORDINAIREMENT *bénin* le pronostic se tirera de l'état de la région diaphyso-épiphysaire envahie par l'ostéomyélite.

Il est évident que plus on sera près du moment de la soudure de l'épiphyse à la diaphyse, c'est-à-dire de la cessation du travail ostéogénique, plus la durée de l'épanchement articulaire secondaire sera courte. Aussi le pronostic doit-il s'atténuer à mesure que le sujet avance en âge.

L'influence du milieu social, de l'hygiène et du traitement étant considérable sur la marche de l'affection, on doit dans le pronostic tenir le plus grand compte de ces circonstances, ainsi que de l'état général du malade.





## CHAPITRE VIII



### *Traitement.*



On peut le résumer en deux phrases :

1° Favoriser par une thérapeutique générale aussi active et reconstituante que possible l'ossification diaphyso-épiphysaire;

2° Condamner la jointure au repos absolu et à l'immobilisation pour permettre à cette ossification de reprendre son cours normal, et défendre contre toute irritation une région trop disposée déjà à s'enflammer.

Telles sont les deux indications générales à suivre dans le traitement des hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite de croissance.

Les toniques, l'huile de foie de morue, les préparations calcaires, le traitement marin, les excitants généraux nous paraissent constituer les meilleurs agents capables de remplir le premier but.

Pour obtenir le second résultat, nous pensons que l'appareil silicaté est celui qu'on devra choisir de préférence.

Si les deux membres inférieurs sont porteurs d'hydarthroses on devra employer la gouttière de Bonnet.





## *Conclusions.*

1° Il existe une variété d'hyarthroses liées directement à des ostéomyélites de croissance qui les produisent et les entretiennent.

2° Le processus phlegmasique diaphyso-épiphysaire retentit sur l'article, en modifie la vitalité et amène un épanchement.

3° L'anatomie pathologique de cette modalité clinique est à faire.

4° Cliniquement ces hyarthroses se manifestent par les symptômes suivants : épanchement, ordinairement peu abondant, — absence de douleurs articulaires et de réaction générale — coexistence des symptômes d'une ostéomyélite de croissance plus ou moins ancienne (hyperostose, douleur diaphyso-épiphysaire localisée, etc.).

5° Fréquemment on voit se greffer sur cet état chronique des poussées aiguës survenant à la suite d'un traumatisme, de la fatigue ou d'une blennorrhagie.

6° L'évolution de cette hyarthrose est essentiellement liée à celle de l'ostéomyélite; — aussi peut-elle durer jusqu'à ce que le travail ostéogénique soit complètement terminé.

7° Il ne faut pas confondre cette hyarthrose avec celles consécutives aux ostéo-arthropathies syphilitiques, à l'ostéo-arthrite tuberculeuse ou à l'ostéomyélite bacillaire de M. le professeur Trélat.

8° Le pronostic est dicté par l'ostéomyélite elle-même.

9° Le repos et l'immobilisation constituent la partie essentielle du traitement.

Il faut en outre favoriser par une médication générale appropriée le travail de l'ostéogenèse.





# OBSERVATIONS





## OBSERVATION I

*Recueillie dans le service de M. le professeur TRÉLAT,  
grâce à son extrême obligeance.*

Le nommé Prosper D..., mécanicien, âgé de vingt-deux ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Vierge, lit n° 15.

Ce malade est d'une bonne santé habituelle. Aucun signe de scrofule. Pas de syphilis.

Aucune maladie antérieure, sauf une certaine tendance aux migraines.

Aucun antécédent héréditaire. Son père et sa mère sont bien portants, et n'ont jamais été malades sérieusement. Pas de frères ni de sœurs.

Ce malade a grandi beaucoup vers l'âge de seize ans. A cette époque il a eu une douleur dans le genou droit. Cette douleur très vive s'est développée en dehors de toute cause traumatique. Elle a persisté à l'état aigu pendant quinze jours, puis s'est progressivement atténuée. Elle n'a pas cependant complètement disparu; et, pendant trois à quatre mois, le malade a ressenti au niveau du genou droit une certaine gêne qui s'exagérait lorsque le temps était humide ou lorsqu'il accomplissait des travaux pénibles.

Le malade qui est intelligent et s'explique clairement nous affirme n'avoir jamais éprouvé un état fébrile quelconque ayant persisté pendant un certain laps de temps. Peu à peu la douleur du genou s'est complètement effacée, et tout a paru rentrer dans l'ordre, quoique depuis le début de son affection le malade ait vu que son membre inférieur droit était plus faible que le gauche.

Les choses ont marché ainsi jusqu'au mois d'août dernier. A cette époque la douleur s'est réveillée au niveau du genou affectant les mêmes caractères qu'anciennement. Cette poussée aiguë a été produite par une longue marche. Très vive d'abord, la souffrance s'est un peu calmée. Le malade s'est reposé pendant quelques jours, et a repris ses occupations tout en éprouvant une certaine douleur lors de la marche.

Dans les premiers jours de septembre le malade contracte une blennorrhagie subaiguë. Écoulement assez abondant pendant quinze jours. Jamais de douleur bien vive; puis l'écoulement diminue sensiblement.

Le genou s'est alors tuméfié dans d'assez notables proportions, d'après ce que raconte le malade, comme si la blennorrhagie avait exercé sur lui une certaine influence pathologique.

Voyant que l'état local s'était un peu aggravé, et que son affection articulaire traînait en longueur, le malade se décide à entrer à la Charité.

ÉTAT ACTUEL. — La blennorrhagie est presque complètement terminée. Une petite goutte de pus séreux est amenée le matin au réveil, et c'est tout. Jamais le malade n'a traité sa blennorrhagie. Aucune douleur urétrale. Hydarthrose notable dans le genou droit. Elle est très facilement constatable. Fluctuation et choc rotulien nettement perçus.

La flexion forcée de la jambe est impossible. Quelques craquements par les mouvements de la jointure.

Aucune douleur articulaire lorsqu'on fait mouvoir le membre, ou lorsqu'on comprime l'interligne. Mais il existe un point douloureux très net que l'on réveille par la pression osseuse, lorsqu'on appuie le doigt à cinq centimètres environ au-dessus du condyle interne du fémur droit. L'os paraît en ce point légèrement hyperostosé. Le pied à coulisse donne une différence de presque un centimètre au bénéfice du fémur droit. Mais cette mensuration est difficile à faire, car les masses musculaires sont relativement considérables, et il est très difficile de les déprimer d'une même quantité à chaque mensuration pour apprécier une différence qui est, somme toute, minime dans les diamètres comparés des deux fémurs.

Rien au tibia et au péroné de droite. Rien au membre gauche.

La douleur diaphyso-épiphysaire existe sur tout le pourtour de l'os. Mais son maximum d'intensité réside nettement en dedans et en avant.

TRAITEMENT. — Immobilisation et compression à l'aide d'un appareil silicaté.

20 novembre. — Le malade se trouve très bien. Il ne souffre pas. On lui retire son appareil.

Un peu de raideur articulaire et une légère atrophie musculaire portant surtout sur le triceps.

L'épanchement a complètement disparu.

Bains sulfureux et frictions avec l'alcoolat de Fioraventi.

29 novembre. — Le malade quitte l'hôpital guéri. La pression ramène cependant encore, quoique à un très faible degré, la douleur diaphyso-épiphysaire au-dessus du condyle interne du fémur droit.

Ajoutons que le malade, ayant pris pendant quinze jours de suite huit capsules de santal citrin tous les jours, a vu son écoulement disparaître complètement depuis environ dix jours.

Dans l'observation précédente une circonstance est à noter : c'est celle de la blennorrhagie qui a paru exercer une certaine influence sur l'épanchement articulaire. — Mais bien évidemment elle n'en a pas été la cause véritable, par ce motif que la blennorrhagie a été postérieure à l'apparition de l'affection articulaire.

## OBSERVATION II

*Recueillie dans le service de M. le professeur TRÉLAT,  
grâce à son extrême obligeance.*

Le nommé Jules D..., apprenti cordonnier, âgé de dix-sept ans, couché au lit n° 21 bis de la salle Sainte-Vierge, à l'hôpital de la Charité.

Ce malade entre dans le service de M. le professeur Trélat, le 20 août 1885. Depuis longtemps déjà il est malade, mais les symptômes dont il souffre vont en s'aggravant depuis quelque temps.

Les antécédents héréditaires sont nuls. Son père est mort d'accident; sa mère vit et se porte bien; deux frères et une sœur en excellente santé.

Diphthérie à l'âge de quatre ans. Il a été malade pendant six mois à la suite de cette affection, mais il s'est parfaitement rétabli.

Rougeole à douze ans.

Fièvre typhoïde légère il y a deux ans.

Entorse il y a six mois, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite. Il est resté à l'hôpital Saint-Antoine pendant cinq jours, et est sorti guéri.

Le malade a grandi beaucoup depuis un an, et cet accroissement a été tel que toutes les personnes qui le connaissent lui en font la remarque. Il grandit encore.

Il y a dix mois environ, il a ressenti des douleurs vagues, diffuses, articulaires, rhumatoïdes. Quand il se levait le matin il était courbaturé; ses jointures étaient comme rouillées. Elles étaient légèrement douloureuses.

La pression à leur niveau ou dans leur voisinage déterminait un certain degré de souffrance.

Le malade a attribué cet état à du rhumatisme. Il est allé dans son pays et s'est reposé. Il avait alors un appétit vorace. Après un mois de séjour à la campagne (en Lorraine), ses douleurs rhumatoïdes articulaires ou juxta-articulaires avaient complètement cédé, et le malade pouvait rentrer à Paris.

Mais dès qu'il reprit ses occupations habituelles, il vit ses genoux se tuméfier légèrement; il avait moins de résistance à la marche. Il est bon de dire que son patron l'employait à faire de nombreuses courses.

A deux reprises il fut obligé d'arrêter son travail pendant quelques jours. Il n'avait ni fièvre, ni douleur localisée vive. Mais il éprouvait une gêne au niveau des deux articulations fémoro-tibiales, et cette gêne devenait une véritable douleur lorsqu'il se livrait à un travail un peu pénible.

Sous l'influence de quelques jours de repos, ces symptômes disparurent.

Ils se sont reproduits il y a huit jours environ, et ont été en s'aggravant jusqu'à aujourd'hui. Le malade n'a pas voulu se reposer, jusqu'au moment où il s'est décidé à entrer dans le service.

ÉTAT ACTUEL. — Léger épanchement dans les deux genoux. A droite,

il est assez facilement constatable, et le choc rotulien se perçoit très nettement. A gauche, pour trouver ce symptôme, il faut, d'après la méthode de M. le professeur Trélat, appuyer le talon sur un oreiller, de façon que le mollet ne porte pas sur le plan du lit. La jambe étant ainsi complètement étendue, si on refoule fortement le liquide des culs-de-sac derrière la rotule, il devient possible de faire heurter cet os contre les condyles fémoraux.

Un épanchement existe donc, mais il est très faible.

Pas d'hyperostose des fémurs, ou du moins l'hyperostose, si elle existe, est insensible. Le pied à coulisse appliqué sur les régions diaphyso-épiphysaires fémorales inférieures donne cependant une différence constante d'un demi-centimètre à l'avantage du fémur droit.

La palpation des culs-de-sac et de l'interligne articulaire ne donne lieu à aucune douleur.

Mais la palpation osseuse fémorale pratiquée au-dessus des condyles réveille une douleur nettement localisée, dont le point maximum siège de deux côtés en dedans, au-dessus du condyle interne.

Rien au niveau du tibia et du péroné.

Pas d'atrophie musculaire apparente.

La douleur diaphyso-épiphysaire du fémur droit est plus forte que celle du fémur gauche.

État général excellent : rien aux poumons, ni au cœur.

TRAITEMENT. — Repos au lit. Huile de foie de morue et poudre de phosphate de chaux.

25 août. — Amélioration. Le malade n'éprouve aucune douleur spontanée. Ses articulations jouent beaucoup plus librement. L'épanchement paraît avoir diminué, surtout à gauche.

27 août. — Même état. Le malade demande à quitter l'hôpital.

3 septembre. — On lui permet de sortir en lui recommandant d'éviter la marche, la station debout et tout travail pénible. L'épanchement a complètement disparu à gauche.

A droite, c'est à grand'peine qu'on constate l'existence d'une quantité imperceptible de liquide, et encore le choc rotulien est-il douteux.

Le malade accuse toujours une douleur diaphyso-épiphysaire au niveau de la partie inférieure de ses deux fémurs. Mais cette douleur ne peut être produite qu'en pratiquant une palpation profonde énergique. Elle est à peine sensible.

Nous ne revoyons pas le malade.

Il ne nous paraît pas douteux qu'on doive ranger cette observation auprès de celles plus caractéristiques où une hyperostose épiphysaire était la marque évidente de l'ostéomyélite de croissance.

Ici ce signe manque ou paraît manquer. Mais il faut bien observer que le processus a été aussi léger que possible; et il est permis de supposer qu'un certain degré d'hyperostose puisse exister sans être appa-

rent, au moins pour le fémur, os profond et entouré de masses musculaires relativement considérables.



### OBSERVATION III

*Recueillie dans le service de M. LABBÉ, à l'hôpital Beaujon.*

Le nommé Prosper D..., contremaître, âgé de vingt-sept ans, entre au deuxième pavillon à l'hôpital Beaujon, le 25 février 1883, lit n° 16 *bis*, dans le service de M. Labbé.

Ce malade n'a absolument aucun antécédent ni héréditaire ni personnel. Son père et sa mère vivent et se portent bien; il n'a ni frères ni sœurs.

Lui-même n'a jamais fait de maladie médicale sérieuse. Une simple bronchite, il y a trois ans. Mais cette bronchite n'a guère duré qu'un mois en tout.

Ce malade entre à l'hôpital pour une tuméfaction assez notable du genou gauche datant de huit ans environ. Mais cette tuméfaction qui au début était insensible, s'est accrue dans de notables proportions depuis deux ans, c'est-à-dire depuis que le sujet se livre à des travaux assez pénibles d'une façon continuelle.

Jamais de douleur vive, mais un sentiment de gêne et de raideur dans l'articulation, surtout le soir lorsque le malade s'est livré à ses travaux habituels de la journée. Quand il marche beaucoup, il ressent des crampes dans le membre inférieur gauche.

Frappé de la persistance de ces symptômes, le malade se décide à entrer à l'hôpital Beaujon.

Lorsqu'on fouille soigneusement dans le passé du malade, on découvre une circonstance pathologique très importante à signaler ici. A l'âge de dix-huit ans, après une chute, le malade a vu l'extrémité inférieure de la cuisse gauche se tuméfier beaucoup. Il a éprouvé à ce niveau de violentes douleurs. Il a eu de la fièvre, et cet état aigu a persisté pendant cinq semaines environ. Il a été alors soigné à l'hôpital Saint-Antoine : on s'est contenté d'appliquer des cataplasmes sur le point malade et de lui faire garder un repos complet au lit.

Il a quitté l'hôpital, mais incomplètement guéri. Son membre gauche *était plus faible que le droit*. Lorsqu'il essaya de marcher, il éprouva alors une raideur assez considérable au niveau du genou gauche, et il attribua ce phénomène au séjour au lit. Peu à peu la raideur disparut. Mais, pendant un an au moins, il ressentit très fréquemment des douleurs au niveau de l'extrémité inférieure de la cuisse gauche, et souvent ces douleurs s'irradiaient jusqu'au genou et gênaient la marche.

*Pendant quelques mois, il y a de cela huit ans environ, le malade aurait été complètement guéri.*

Puis, peu à peu, d'une façon tout à fait insidieuse, le genou s'est tuméfié et la marche est devenue un peu difficile. En même temps la douleur fémorale réapparaissait de temps à autre, provoquée surtout par la pression directe osseuse et les exercices violents.

Depuis cette époque la tuméfaction de l'article a persisté avec des périodes d'exacerbation et d'accalmie, suivant le genre de vie du malade.

Ce gonflement localisé du genou est survenu en dehors de toute influence blennorrhagique ou rhumatismale. Le malade nie la syphilis; du reste, on ne trouve chez lui aucune trace de cette affection.

ÉTAT ACTUEL. — Très légère hydarthrose du genou. En refoulant le liquide articulaire derrière la rotule à l'aide de la manœuvre classique, on obtient le choc rotulien très net.

Aucune douleur articulaire par la palpation ou les mouvements imprimés à la jointure.

Rien d'anormal à signaler du côté du tibia ou du péroné.

La palpation énergique et profonde pratiquée sur l'extrémité inférieure de la cuisse au-dessus des condyles, y réveille une douleur osseuse dont le maximum siège sur le côté interne de l'os. Cette douleur existe sur une surface très limitée. Elle n'est pas très vive.

Le fémur est à ce niveau manifestement hyperostosé, et le compas d'épaisseur indique que le membre est plus gros d'un centimètre de diamètre du côté gauche que du côté droit.

La palpation profonde permet de reconnaître aussi que le fémur est à ce niveau irrégulier, rugueux, inégal.

Rien aux poumons, ni au cœur.

Rien dans aucun autre point du squelette, ou dans une autre articulation.

TRAITEMENT. — Immobilisation et compression à l'aide d'un appareil silicaté.

27 mars. — On lève l'appareil.

L'épanchement articulaire existe encore, quoique à peine sensible. Le fémur est toujours plus gros du côté gauche.

La douleur à ce niveau est presque nulle par la palpation.

En somme, la compression a amendé les symptômes précédemment observés.

Le malade quitte l'hôpital quelques jours après. Il va très bien, mais son hydarthrose existe encore, de même que son foyer d'ostéite fémorale.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle est un exemple d'hydarthrose s'étant lentement développée consécutivement à une poussée inflammatoire osseuse manifestement ostéomyélitique.

Il est impossible de ne pas admettre des rapports de cause à effet entre les deux lésions, si on considère surtout l'évolution clinique de la maladie.

L'âge du sujet, la localisation des douleurs, la tuméfaction de l'os, la persistance à un certain degré de ces symptômes indiquent clairement qu'il s'est agi dans l'espèce d'une ostéomyélite n'ayant pas subi une évolution complète. Elle a persisté dans sa phase initiale, et s'est éternisée à l'état latent, retentissant sur la jointure voisine, et y entretenant par irritation de voisinage un épanchement qui, il est rationnel de l'espérer, disparaîtra à mesure que le sujet avancera en âge, c'est-à-dire à mesure que, s'éloignant de l'âge où s'observe l'ostéomyélite, la lésion osseuse diminuera pour se calmer définitivement.



#### OBSERVATION IV

*Recueillie dans le service de M. LABBÉ, à l'hôpital Beaujon.*

La nommée Adélaïde M..., âgée de vingt ans, entre à l'hôpital Beaujon, 3<sup>e</sup> pavillon, le 12 mai 1883.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Nuls du côté du père. La mère a eu un cancer utérin qui l'a tenue malade pendant huit mois. La malade a une sœur qui est rhumatisante.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Dans son enfance elle a eu la gourme jusque vers l'âge de dix ans. Glandes tuméfiées dans le cou à plusieurs reprises : l'une d'elles a même suppuré à droite. Cet abcès s'est ouvert après une évolution très lente, et on en voit la cicatrice qui est déprimée, plissée et légèrement pigmentée.

Le lobule de l'oreille droite a été incisé il y a longtemps sous l'influence d'une boucle d'oreille ; il s'y est développé probablement de l'eczéma impétigineux qui a été le point de départ de la section du lobule. La malade nous raconte en effet qu'elle a eu en ce point des croûtes pendant longtemps. Il s'est produit une suppuration abondante, et peu à peu le lobule s'est incisé sous le poids de la boucle d'oreille.

Les dents sont normales.

Rien sur le reste du corps.

La jeune fille est bien développée ; elle paraît d'une complexion forte.

Jamais de grossesse. Les fonctions menstruelles sont régulières. Quelques coliques utérines sont cependant ressenties, mais la malade y attache peu d'importance.

A l'âge de seize ans, la malade a eu une violente douleur au niveau de l'articulation du genou droit, qui s'est notablement tuméfié. Les mouve-

ments y étaient pénibles et douloureux. On a pensé à du rhumatisme et on a donné successivement du salicylate de soude et de l'iodure de potassium sans résultat. Les cataplasmes très chauds seuls calmaient la douleur.

Toutes les autres articulations sont restées saines.

Il paraît qu'à ce moment la malade a grandi beaucoup, et, quand elle a pu se lever après deux mois de séjour au lit, elle avait grandi de plusieurs centimètres.

A partir de ce moment la malade a conservé une sensibilité spéciale au niveau de son genou droit, et la marche, le froid même suffisent pour réveiller une légère douleur que le repos calme rapidement du reste.

La malade nous raconte qu'elle a eu bien souvent de petites poussées aiguës au niveau de l'articulation. Mais, il y a six mois environ, elle a craint beaucoup d'être aussi fortement prise qu'au début de sa maladie. En effet, à la suite d'une grande fatigue, et pendant la période menstruelle, son genou droit se gonfla subitement et devint très douloureux. Elle eut une forte fièvre, et on la fit transporter à l'hôpital Saint-Antoine, où on qualifia son état d'*arthrite*. On appliqua des vésicatoires, et, après un repos absolu au lit de trois semaines, tout était rentré dans l'ordre. La malade cependant marchait plus péniblement qu'auparavant, et son articulation était raide et un peu douloureuse. Néanmoins elle put quitter l'hôpital et aller à la campagne où elle se rétablit complètement.

Il est à noter que, malgré un interrogatoire minutieux et un examen soigné des organes génitaux externes, il est impossible de retrouver la trace d'une blennorrhagie récente ou ancienne.

Il y a deux jours la malade tomba dans un escalier, et elle se tordit le genou droit qui, le soir même, commença à gonfler et à devenir douloureux. C'est alors qu'elle se fit transporter à l'hôpital Beaujon.

ÉTAT ACTUEL. — Le genou droit est tuméfié assez notablement. Les dépressions latérales de la rotule sont effacées.

Épanchement articulaire assez minime. Pour le constater il faut refouler avec soin le liquide derrière la rotule. Il devient possible alors de sentir le choc rotulien.

Les mouvements de l'articulation sont assez faciles; ils ne sont pas douloureux. Si on appuie fortement le plateau du tibia contre les condyles fémoraux, on ne réveille pas de douleur. La pression digitale exercée même fortement au niveau de l'interligne articulaire est à peine douloureuse.

On ne peut donc pas dire qu'il s'agisse là d'une arthrite.

Si on appuie à l'aide du doigt sur le tibia ou le péroné, on ne réveille aucune douleur. Du reste aucune modification n'existe de ce côté.

Mais si on palpe profondément l'extrémité inférieure du fémur, on réveille une douleur vive exactement localisée, et siégeant à quelques centimètres au-dessus de la base de la rotule. Cette douleur siège surtout sur le côté interne, au-dessus du tubercule fémoral qui donne insertion au ligament latéral interne.

En avant et en dehors la douleur est plus faible.

Somme toute, il existe une douleur osseuse au niveau d'un segment

fémoral situé juste au-dessus des condyles. Ce segment est surtout douloureux en dedans. On le limite par une pression profonde. Si on palpe même fortement au-dessus de cette zone, aucune douleur n'est réveillée.

Par la palpation, il est facile de voir que le diamètre transversal du fémur droit est augmenté par rapport au gauche. Malheureusement il n'a pas été fait, à ce niveau, une mensuration comparée des deux membres. Il eût été très intéressant de se servir ici du pied à coulisse pour établir une comparaison aussi exacte que possible.

Néanmoins, la palpation simple permet de faire la constatation de cette hypertrophie osseuse, d'autant que le membre est très atrophié. L'atrophie porte surtout sur le triceps fémoral et sur les muscles du mollet. Toutes choses égales, la cuisse paraît plus atrophiée que le mollet.

La malade étend la jambe assez facilement. Mais dans la situation du repos, elle a une tendance marquée à la maintenir légèrement fléchie. Il existe du reste un peu de rétraction du biceps, du demi-tendineux et du demi-membraneux, ainsi qu'il est permis de le constater par la palpation des tendons de ces muscles.

Rien aux autres articulations.

Léger état fébrile. Langue saburrale. La malade a eu un peu de diarrhée, il y a deux jours. Elle est constipée depuis. Anorexie.

TRAITEMENT. — Deux verres d'eau de Sedlitz.

Repos au lit. Cataplasmes très chauds sur le genou.

Comme *diagnostic*, on songe à une ostéomyélite de croissance ancienne, avec poussée aiguë actuelle.

L'épanchement articulaire en est regardé comme une conséquence.

16 mai. — Amélioration. Etat général meilleur. Moins de douleur locale.

20 mai. — La douleur fémorale s'est presque complètement éteinte. La malade va très bien. L'épanchement articulaire persiste. Bain et appareil silicaté ouaté compressif.

5 juin. — On enlève l'appareil.

Etat local excellent. Encore un certain degré d'épanchement articulaire aisément constatable. Le membre est toujours atrophié, l'articulation est raide, mais non ankylosée. Le fémur au niveau de la région diaphyso-épiphysaire est gros, mais il n'est plus douloureux, ou il l'est à peine, par la palpation profonde.

On remet un léger appareil silicaté à la malade qui commence à marcher.

7 juin. — Elle quitte l'hôpital.



## OBSERVATION V

Recueillie à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. TILLAUX.

Le nommé Henri D..., âgé de vingt-quatre ans, palefrenier, entre salle Saint-Denis, n° 19, le 1<sup>er</sup> mars 1883.

Ce malade est bien constitué, fort robuste.

Ses *antécédents héréditaires* sont nuls. Son père est mort pendant la guerre des suites d'une blessure. Sa mère est morte en couches. Pas de frères ni de sœurs.

Lui-même n'a jamais été sérieusement malade.

Rougeole légère dans sa jeunesse. Il y a dix ans il aurait eu une fièvre typhoïde (?), très douteuse du reste car elle n'a guère duré que quinze jours en tout.

A l'âge de dix-sept ans le malade a eu une douleur au niveau de l'extrémité inférieure de la cuisse droite. Il paraît qu'à ce moment il a été fébricitant pendant un mois environ et a été obligé de garder le lit durant une période de quinze jours.

La cuisse était tuméfiée, chaude, et les mouvements de l'articulation du genou étaient très douloureux. Après l'application de plusieurs vésicatoires, de teinture d'iode fréquemment renouvelée, et surtout après un repos complet, le malade s'est rétabli, mais il a toujours conservé depuis cette époque une certaine « faiblesse » et une notable tuméfaction du genou droit. Il a même été exempté du service militaire à cause de cette tuméfaction.

Lorsqu'il a fait des marches ou des efforts répétés, la tuméfaction augmente et la douleur devient très vive. Le malade affirme qu'à plusieurs reprises, lors de ces recrudescences de la douleur et de la tuméfaction il a éprouvé pendant plusieurs jours un état fébrile marqué.

Le repos calme assez rapidement ces sortes de poussées aiguës.

Le malade a contracté une blennorrhagie il y a deux ans, et, circonstance intéressante, il nous dit avoir alors éprouvé dans son articulation une poussée inflammatoire aiguë en dehors de toute cause traumatique accidentelle. Le médecin qu'il a vu alors a rapporté cette recrudescence symptomatique à la blennorrhagie, au dire du malade. Au bout de huit jours tout est rentré dans l'ordre et la jointure a repris son aspect habituel.

Dernièrement, à la suite d'un travail forcé et longtemps prolongé, son articulation du genou est devenue très douloureuse, il a eu de la fièvre, et, effrayé de l'intensité que revêtaient ces symptômes, il est venu demander du secours à l'hôpital.

ÉTAT ACTUEL. — Sujet bien constitué. État général excellent.

Rien aux poumons ni au cœur, fonctions digestives intactes. Langue un peu saburrale. Mais ce fait est attribuable à l'embarras gastrique, dû à l'état fébrile du patient.

Le genou droit est tuméfié. Effacement des dépressions latérales de la rotule. Soulèvement du cul-de-sac sous-tricipital et du cul-de-sac situé au-dessous du tendon rotulien.

Fluctuation liquidienne des plus manifestes au niveau de l'articulation du genou. La synoviale est tendue, rénitente. La rotule est soulevée et en la déprimant il est très facile d'obtenir le choc rotulien. Il y a incontestablement hydarthrose.

En aucun point on ne constate par la palpation de phénomènes douloureux au niveau de l'interligne articulaire. Seuls les mouvements qui se produisent dans l'articulation du genou sont un peu pénibles.

La palpation pratiquée au niveau du tibia n'est aucunement douloureuse; cet os n'a du reste subi aucune modification apparente.

L'examen de l'extrémité inférieure du fémur droit fait, au contraire, constater qu'en ce point l'os a subi une notable augmentation dans son diamètre transversal; augmentation qui donne par la mensuration au moyen d'un fil une différence de 2 centimètres et demi à l'avantage de la cuisse droite sur la gauche.

En ce point la pression produit une douleur très forte. Cette douleur est absolument localisée. Elle siège à trois travers de doigt au-dessus de la base de la rotule. Elle est franchement osseuse; la pression superficielle est impuissante à la produire. Si on comprime l'os au-dessus et au-dessous du point douloureux, on ne constate plus aucune douleur.

Le malade affirme que cette douleur localisée, osseuse, existe avec les mêmes caractères depuis l'âge de dix-sept ans, époque à laquelle il a eu les accidents dont nous avons parlé déjà dans les antécédents.

Tantôt forte, tantôt faible, suivant que le malade était ou non fatigué, cette douleur a toujours existé, et le malade qui est intelligent a constamment différencié la douleur fémorale vive et aiguë, de la gêne articulaire obtuse et diffuse qu'il éprouvait, lorsqu'il marchait ou faisait un mouvement, au niveau de la jointure du genou droit.

La douleur épiphysaire fémorale a été autrefois, vers l'âge de dix-sept et dix-huit ans, notablement plus vive qu'aujourd'hui. A mesure qu'il a avancé en âge, le malade a constaté qu'elle allait en s'affaiblissant, quoique persistant toujours à un certain degré.

La peau du genou, qui est pigmentée par l'application de vésicatoires et qui porte de nombreuses traces de pointes de feu, est le siège d'une hyperesthésie très nette. Mais ce phénomène nous paraît simplement dû aux irritations dermiques qui ont résulté de l'application de topiques divers.

On diagnostique une hydarthrose de l'articulation du genou droit entretenue par une ostéite centrale épiphysaire du fémur, conséquence elle-même d'une ostéomyélite ancienne de croissance.

**TRAITEMENT.** — Repos au lit. Large vésicatoire sur le genou. Purgation saline.

*4 mars.* — Sous l'influence du vésicatoire qui a rendu beaucoup de liquide et surtout du repos, l'état local s'est amélioré. Un degré de dégonflement appréciable s'est produit. Il existe un peu moins de gêne. L'appétit est revenu.

Appareil ouaté et silicaté compressif.

*20 mars.* — Le malade est très soulagé depuis qu'il est dans son appareil. Il ne sent plus de douleur.

*30 mars.* — On retire l'appareil. La région est très dégonflée, mais il existe encore un léger épanchement dans le genou. Le choc rotulien est encore constatable, quoique bien plus difficilement qu'au début. Le fémur est toujours plus gros que celui du côté opposé.

Le point douloureux, osseux, localisé, qui était, il y a un mois, si marqué, et qui existait à environ trois travers de doigt au-dessus de la base

de la rotule, sur le fémur droit, s'est calmé mais n'a pas complètement disparu. On le retrouve encore par une palpation attentive.

La jambe est un peu raide, mais cette raideur est attribuable à l'immobilisation. A l'aide de quelques violences on fait fléchir la jambe sur la cuisse, et tout fait prévoir que les mouvements seront facilement restitués à l'article malade.

On place un nouvel appareil silicaté plus léger que le premier et on permet au malade de quitter l'hôpital, tout en lui recommandant d'éviter les fatigues et la station verticale longtemps prolongée.

Cette observation nous paraît avoir de l'intérêt à cause de la succession des phénomènes morbides.

Voilà, en effet, un malade, sans antécédents aucuns, qui a éprouvé certainement une poussée ostéomyélitique au moment de la période active du travail d'ossification.

Les phénomènes qu'il a ressentis à l'âge de dix-sept ans, au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit ne peuvent pas être rapportés à autre chose.

Du reste, la douleur localisée juste en ce point, qu'il a conservée depuis lors, et l'hyperostose qu'on y constate sont les signes de cette poussée ancienne ostéomyélitique.

L'hydarthrose chronique qui date de cette époque et que toujours le malade a présenté en son genou droit, ne peut être imputable qu'à l'affection osseuse. Ce qui le prouve, c'est que chaque fois que le fémur a subi à la suite de fatigue ou d'une action traumatique quelconque, une phlegmasie aiguë greffée sur l'état chronique, l'hydarthrose a toujours augmenté de volume, le contraire s'observant lorsque la poussée inflammatoire se calmait par le repos et le traitement.

Il est probable qu'avec l'âge le malade guérira complètement. Les phénomènes ostéomyélitiques ont été en somme assez modérés. Jamais il n'y a eu la moindre suppuration, et la *douleur osseuse* va en s'atténuant d'année en année.

On peut prédire que, lorsque tout travail ostéogénique diaphyso-épiphysaire sera complètement terminé, tout rentrera dans l'ordre, tant du côté de l'os que du côté de l'articulation.

## OBSERVATION VI

*Résumée d'après une communication verbale due à l'extrême obligeance  
de M. le Dr Paul RECLUS, chirurgien des hôpitaux,  
professeur agrégé à la Faculté de Médecine.*

Enfant de dix ans, fils d'un confrère des Landes. Le petit malade est bien constitué et n'a pas d'antécédents ni héréditaires ni personnels.

Il a beaucoup grandi. Il éprouve depuis quelque temps de vives douleurs dans une de ses articulations coxo-fémorales. La marche et la station verticale sont très pénibles.

Un chirurgien de la Faculté de Bordeaux diagnostique une coxalgie.

Les parents alarmés amènent l'enfant à Paris.

M. Reclus l'examine, constate l'intégrité des mouvements de la cuisse sur le bassin, l'existence de points douloureux, osseux, localisés non seulement à l'extrémité supérieure du fémur, mais en d'autres points diaphyso-épiphysaires de plusieurs autres os, et attribue les manifestations articulaires à la fièvre de croissance. Le père reconnaît qu'à une certaine époque il a constaté l'existence d'un épanchement dans l'articulation.

A la suite de repos et d'un traitement général l'enfant s'est rétabli. Il a éprouvé depuis de nouvelles douleurs. Les mêmes moyens thérapeutiques les ont de nouveau fait disparaître.

Cette observation offre, malgré sa brièveté, un grand intérêt. Elle montre, mieux encore que les précédentes, l'importance d'un diagnostic étiologique précis, parce que de celui-ci découle naturellement un pronostic bénin.



## OBSERVATION VII

*Due à l'obligeance de M. le Dr Paul HAMONIC,  
ancien interne des hôpitaux.*

La jeune Jeanne L..., âgée de huit ans, et habitant rue d'Aligre, m'est amenée en octobre 1885.

Elle est malade depuis neuf à dix mois environ; elle éprouve de violentes douleurs au niveau des deux hanches et des deux genoux, surtout pendant la marche.

Les parents de la jeune fille sont bien portants. Aucune trace chez eux de syphilis ou de tuberculose.

Ils ont eu trois enfants. Le premier est mort en bas âge, après une courte maladie qu'on définit mal, mais qui ne paraît être en aucune façon de nature tuberculeuse. L'enfant ne toussait pas. Il n'avait eu aucune manifestation strumeuse.

Le second enfant a eu la gourme bientôt après sa naissance; puis, vers l'âge de onze mois, il mourut assez rapidement. Aucun symptôme de méningite, ni de tuberculose. « *L'enfant, nous dit-on, avait la poitrine grasse, mais ne toussait pas.* »

Le troisième enfant, qui est la petite malade à laquelle se rapporte cette observation, est venue au monde dans d'excellentes conditions. Elle s'est toujours bien portée, n'a eu aucune manifestation scrofuleuse. *Elle a grandi très vite*, et cela depuis son âge le plus tendre. Il est à noter aussi que sa mère, de taille très élevée, avait terminé sa croissance à seize ans. La croissance de la petite fille a été surtout rapide pendant le courant de l'année dernière.

Jamais aucune douleur articulaire ou juxta-articulaire.

Mais au commencement de l'année 1885, la petite malade commença à se plaindre de souffrir au niveau des genoux et des hanches. De temps à autre la marche devenait très pénible et nécessitait un repos absolu. Puis tout rentrait dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une course un peu trop longue vint réveiller les symptômes articulaires.

L'état général de l'enfant restait excellent. L'appétit était conservé. Jamais on n'a observé de toux ni d'amaigrissement.

Après une série de poussées douloureuses articulaires, toujours localisées exclusivement aux genoux et aux hanches, la jeune malade éprouva une gêne croissante et permanente au niveau de ces articles.

Le 14 juillet 1885, à la suite d'une très longue marche, l'enfant, qui boitait déjà depuis quelques semaines, se coucha très fatiguée, et le lendemain était prise de violentes douleurs dans les genoux et les hanches. Elle avait de la fièvre et quelques vomissements.

On pensa d'abord à du *rhumatisme articulaire*, puis on diagnostiqua une *coxalgie double*, rapportant probablement dans cette hypothèse les symptômes douloureux observés aux genoux à la douleur irradiée si fréquemment observée dans la coxalgie.

À l'hôpital Trousseau, où l'enfant fut conduite, on appliqua un double appareil plâtré immobilisant les deux articulations coxo-fémorales.

Nous avons eu l'occasion de voir la malade environ trois semaines après l'application de cet appareil. Voici ce que nous avons constaté, après avoir enlevé les gouttières plâtrées qui, du reste, n'immobilisaient plus les jointures, le plâtre s'étant complètement ramolli.

L'enfant placée sur un lit, on constate une ensellure marquée surtout du côté droit. Pas de raccourcissement ni d'allongement réel ou apparent de l'un ou de l'autre membre.

Néanmoins l'ensellure est telle que l'on pense tout d'abord à une coxalgie.

Saisissant la cuisse à pleine main, on lui fait exécuter divers mouvements, et on constate qu'ils se font très facilement dans tous les sens.

Le seul obstacle à leur production est une certaine contracture musculaire réflexe et surtout volontaire, l'enfant immobilisant instinctivement et par crainte de la douleur ses articulations coxo-fémorales. Lorsqu'on rassure la petite malade et qu'on va lentement et avec douceur, on peut en effet produire tous les mouvements possibles. Le mouvement de circonduction est effectué aisément ainsi que celui de rotation de la tête dans la cavité cotyloïde. Ces mouvements se produisent aussi bien à gauche qu'à droite. Le bassin reste immobile pendant qu'on déplace le fémur.

La pression du grand trochanter est indolore.

Cette absence complète de symptômes articulaires fait écarter aussitôt l'idée d'une coxalgie. Du reste la pression sur la capsule articulaire en avant au niveau de la base du triangle de Scarpa n'est pas douloureuse, pas plus que celle pratiquée en arrière ou en dedans.

Pas d'effacement des plis fessiers.

Nous pratiquons la palpation fémorale, et nous ne tardons pas à constater l'existence d'un point osseux très douloureux, siégeant au-dessous du grand trochanter. La douleur y est réveillée sur une étendue de deux travers de doigt environ. Très vive vers la partie moyenne de cette zone, elle va en s'atténuant pour disparaître complètement à mesure qu'on se rapproche de la diaphyse ou qu'on remonte vers l'extrémité de l'épiphyse. Elle est nulle au niveau de l'articulation.

Le point douloureux fémoral droit est plus intense que le gauche.

Par la palpation profonde pratiquée à la base du triangle de Scarpa, on sent une tuméfaction et une fluctuation des plus nettes au niveau de la capsule articulaire, et l'existence d'une hydarthrose coxo-fémorale n'est pas douteuse, surtout du côté droit.

Rien du côté de la diaphyse fémorale.

Les deux genoux sont tuméfiés, mais le droit l'est beaucoup plus que le gauche. Effacement des fossettes latérales de la rotule. Aplatissement de la saillie rotulienne.

La circonférence du membre mesurée au niveau de la rotule est de 33 centimètres à gauche et de 35 à droite. Pas de modification de la peau; pas d'empatement ni d'œdème du tissu cellulaire. Mais la palpation de l'articulation permet de reconnaître avec la plus grande facilité l'existence d'un fort épanchement. Fluctuation et choc rotulien des plus marqués.

La pression au niveau de l'interligne articulaire et des culs-de-sac de la synoviale ne réveille pas la moindre douleur.

Pas d'augmentation de la température locale.

Lorsqu'on pratique la palpation des fémurs au niveau de leur partie inférieure, on détermine une violente douleur, bien plus forte à droite qu'à gauche. Des deux côtés cette douleur est plus forte en dedans qu'en dehors, et siège surtout à un travers de doigt au-dessus du condyle interne du fémur. Elle existe dans une étendue de 2 centimètres environ. Elle s'éteint tout à coup lorsque le doigt arrive sur la diaphyse ou l'épiphyse.

On constate que la douleur osseuse localisée existe par la pression dans toute l'épaisseur de l'os, car on peut la déterminer en comprimant le fémur en arrière et en dehors. Mais c'est, nous le répétons, surtout en dedans, que la pression la réveille avec le plus d'intensité.

Les triceps fémoraux sont manifestement atrophiés des deux côtés, mais plus à droite qu'à gauche.

Les fémurs nous paraissent augmentés de diamètre; mais, n'ayant pas à notre disposition de pied à coulisse ou de compas d'épaisseur, nous ne pouvons en déterminer les dimensions exactes.

Rien du côté des jambes.

La petite malade est fébricitante. En outre des manifestations osseuses en présence desquelles nous nous trouvons, et qui certainement sont la principale cause de l'état fébrile, il faut signaler comme influant sur cet état, pour une certaine part, deux vastes ulcérations superficielles existant aux deux cuisses et produites par l'appareil plâtré que nous venons d'enlever.

La malade est pâle, anémiée. Elle ne mange pas; a des périodes de diarrhée alternant avec de la constipation.

Elle refuse absolument de marcher, et sa figure exprime un sentiment de terreur dès qu'on la place debout à terre. Elle n'est pas sûre d'elle-même, craint de tomber, et demande qu'on la soutienne. Du reste elle ne peut faire aucun pas.

Insomnies et cauchemars pendant la nuit. Quelquefois un peu de délire.

En présence des symptômes précédents, et surtout devant cette douleur osseuse absolument localisée à la région diaphyso-épiphysaire, nous portons le diagnostic de poussée ostéomyélitique de croissance développée au niveau des cartilages de conjugaison des deux fémurs. Les phénomènes articulaires nous les considérons comme secondaires à l'affection osseuse. L'accroissement rapide de la petite fille et l'absence de toute douleur articulaire nous confirment dans ce diagnostic.

Nous installons la jeune malade dans une gouttière de Bonnet, où nous immobilisons ses fémurs du mieux possible à l'aide d'ouate.

Huile de foie de morue et sirop de phosphate de chaux à l'intérieur. Nous sommes arrivé en quelques jours à donner huit cuillerées à bouche d'huile de foie de morue qui, du reste, même à cette dose élevée, a toujours très bien été tolérée. Bonne alimentation.

Malheureusement l'enfant est un peu confinée; la chambre qu'elle occupe est petite et donne sur une rue étroite.

2 novembre. — Nous revoyons l'enfant. Elle s'est trouvée soulagée le jour même où elle a été installée dans sa gouttière et ne s'est plus plaint de souffrir. La fièvre a disparu depuis plusieurs jours. L'appétit revient de plus en plus.

L'immobilisation, en un mot, a apporté un soulagement considérable dans l'état général de l'enfant.

Localement les genoux sont toujours tuméfiés. Mais manifestement les points douloureux osseux sont moins sensibles. Une pression relativement forte est nécessaire pour les réveiller.

Nous ne dérangeons pas la malade de la gouttière, et nous nous contentons d'une exploration superficielle.

15 novembre. — L'amélioration s'est accentuée. Nous plaçons l'enfant debout, et elle peut se maintenir verticale sans l'appui de personne. Mais elle hésite à faire un pas. Peu sûre d'elle-même, elle craint de tomber. Du reste elle souffre encore, et ses points douloureux diaphyso-épiphy-

saïres existent, mais sont très atténués. On les retrouve à peine marqués à la partie supérieure des fémurs. En bas ils sont plus nets. Le point fémoral inférieur droit est plus douloureux que son homologue. L'épanchement du genou gauche est devenu peu appréciable; à droite il est diminué aussi, mais dans de plus faibles proportions.

30 décembre. — État excellent. On ne trouve qu'une légère douleur réveillée par la pression au niveau de la région diaphyso-épiphysaire inférieure du fémur droit.

L'épanchement articulaire du genou gauche n'existe pour ainsi dire plus. On le constate encore à droite.

L'enfant peut marcher sans souffrir. Nous lui permettons de rester assise pendant une heure tous les jours.

15 janvier 1886. — Nous revoyons l'enfant qui a, on nous l'avoue, marché plus que nous ne l'avions permis, et dont le genou droit s'est tuméfié assez notablement, ce qui a effrayé les parents. Pas de fièvre.

La douleur osseuse existe toujours à la partie inférieure du fémur droit : elle n'est guère plus vive que précédemment.

Mais l'épanchement articulaire s'est accru. Pas de douleur dans la jointure.

Nous prescrivons un large vésicatoire sur le genou, et le repos absolu dans la gouttière de Bonnet.

3 février. — État sensiblement amélioré.

21 février. — L'épanchement du genou droit existe encore quoique diminué. La synoviale est épaisse au niveau des culs-de-sac. La pression réveille encore une douleur osseuse, mais à peine sensible, siégeant à un travers de doigt au-dessus du condyle interne du fémur droit. Elle n'existe plus en dehors ni en arrière.

La petite malade localise elle-même exactement ce point douloureux.

A l'aide du pied à coulisse, nous cherchons à apprécier le diamètre transversal de la région diaphyso-épiphysaire inférieure. Nous déprimons autant que nous pouvons les parties molles, ainsi que le recommande notre cher et savant maître M. le professeur Trélat, en serrant fortement les branches de l'instrument. Constamment cette mensuration nous donne 6 centimètres et demi à droite, et pas tout à fait 6 à gauche.

Nous devons signaler que l'atrophie musculaire est marquée à la cuisse droite, tandis qu'elle n'existe pas à gauche. C'est là une seconde cause d'erreur dans l'appréciation du diamètre transversal des deux fémurs. Il est évident, en effet, que cette atrophie musculaire doit faire disparaître en partie la différence qui existe entre les deux fémurs. La conséquence est que le diamètre fémoral droit doit être supérieur à celui du gauche de plus d'un demi-centimètre, ainsi que semble l'indiquer le pied à coulisse, lequel ne peut naturellement faire abstraction des parties molles.

La mensuration de la périphérie du membre donne dans les points homologues une différence de 3 centimètres au profit du côté droit.

Une ficelle entourant l'extrémité inférieure de la cuisse droite, juste au-dessus de la base de la rotule, mesure 29 centimètres. A gauche elle n'en mesure que 25 et demi. Donc, malgré une atrophie musculaire évidente portant à droite, surtout sur le triceps, la circonférence de

la cuisse est de ce côté supérieure à celle de gauche, ce qui indique manifestement une hyperostose.

Aucune modification n'est observée ni dans la longueur, ni dans la direction des membres.

État général excellent. La malade commence à être fatiguée de l'huile de foie de morue que nous remplaçons par du sirop de raifort iodé.

Nous faisons appliquer un nouveau visicatoire sur le genou, et nous prescrivons le repos pour hâter la résolution de l'épanchement.

Grâce à l'obligeance de M. le docteur Hamonic, nous avons pu examiner la petite malade qui fait le sujet de l'observation qui précède, et constater l'existence de l'hyperostose inférieure du fémur droit, ainsi que la douleur osseuse localisée qui existe encore en ce point, quoique à un bien faible degré. Nous avons constaté aussi l'épanchement articulaire du genou droit avec tous les caractères précédemment indiqués; et nous n'hésitons pas, nous fondant surtout sur la marche évolutive des accidents, à ranger cette hydarthrose dans la classe de celles consécutives aux poussées ostéomyélitiques de croissance, et à voir là un cas analogue aux nôtres.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est la dissémination aux deux fémurs du processus inflammatoire ostéogénique, et son retentissement sur les quatre jointures voisines des points d'ossification phlegmasiés. Le processus a été très différent d'intensité et de durée sur ces divers points, puisqu'il a disparu partout sauf au niveau de l'extrémité inférieure du fémur droit où il traîne en longueur. Il est probable que tant qu'il ne se sera pas complètement éteint, le retentissement sur le genou continuera à s'exercer dans certaines limites, y entretenant une hydarthrose essentiellement chronique puisqu'elle en est la conséquence directe.

Il est aussi à remarquer que chez cette petite malade, comme dans le cas que M. Reclus a bien voulu nous communiquer, les symptômes éprouvés au début simulaient exactement une coxalgie.



## . OBSERVATION VIII

*Due à l'extrême obligeance de M. NICAISE, chirurgien de l'hôpital Laënnec,  
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,  
et recueillie par M. Pierre DELBET, interne du service.*

Le nommé Joseph A..., âgé de dix-huit ans, mécanicien, entré le 8 février 1886, salle Malgaigne, lit n° 22.

Fils de parents bien portants. Il a eu onze frères ou sœurs qui sont morts en bas-âge. Il est lui-même d'aspect chétif, grand et maigre avec la lèvre supérieure saillante. Il a du reste des antécédents strumeux.

Le malade est venu à pied de Valence à Paris, à marches forcées. Le lendemain de son arrivée, au moment d'un effort, il est pris brusquement d'une douleur très vive dans le mollet gauche.

Huit jours après, le 8 février, il entre à l'hôpital Laënnec. La face est pâle, les yeux tirés, la peau chaude, le pouls rapide. L'état général paraît grave. Le malade se plaint de douleurs dans la jambe gauche. Cette jambe est considérablement augmentée de volume. La peau est rouge, lisse et brillante. Cette coloration est surtout accentuée à la région externe de la jambe. La pression dans toute cette région est douloureuse, et détermine le godet de l'œdème. Cet œdème, qui est considérable, rend la recherche de la fluctuation très difficile. Cependant vers la partie inférieure du péroné on sent de la fluctuation profonde. Vers la partie supérieure de la jambe, au niveau de la loge antérieure, cette recherche est plus difficile encore. On a plutôt la sensation d'un empâtement que celle de la fluctuation. Le soir la température monte à 40 degrés. Grandes cataplasmes enveloppant toute la jambe; un gramme de sulfate de quinine.

Le 10 février, M. Nicaise pratique deux incisions ayant chacune 3 centimètres de long, l'une vers le tiers inférieur, l'autre au niveau du tiers moyen du même os. Il s'écoule une quantité considérable d'un pus mal lié, de couleur rousse, contenant quelques caillots noirâtres. Une sonde cannelée introduite par les incisions arrive directement sur le péroné dénudé. M. Nicaise fait le diagnostic de périostite phlegmoneuse du péroné.

Lavage avec la solution phéniquée à 5 0/0. Drainage des deux incisions. Cataplasme enduit d'huile phéniquée.

Le soir la température est tombée à 38 degrés, Le malade ne souffre pas. Le lendemain l'œdème a diminué; l'écoulement du pus se fait bien. Même pansement.

Le 11, on remplace le cataplasme par un pansement phéniqué.

Le 15, on supprime le drain de l'incision inférieure.

Le 16, en faisant le pansement, on s'aperçoit que la région du genou est très tuméfiée. Les culs-de-sac de l'articulation sont saillants. La rotule est soulevée, le choc rotulien très net, en somme épanchement intra-articulaire considérable. Le malade n'éprouve aucune douleur dans le genou; il n'y a pas d'élévation de la température centrale. De plus on trouve au niveau de la tête du péroné une tuméfaction rouge et douloureuse à la pression. Au niveau de cette tuméfaction, on sent une fluctuation profonde assez nette.

Il paraît évident que la périostite s'est propagée à la tête du péroné. Malgré la fréquente communication de l'articulation péronéo-tibiale supérieure avec l'articulation fémoro-tibiale, M. Nicaise s'appuyant surtout sur l'absence de douleurs, et sur la température, rejette l'idée d'une arthrite purulente, et diagnostique hydarthrose de voisinage.

Une troisième incision faite au niveau de la tête du péroné donne issue à une quantité considérable d'un pus qui présente les mêmes caractères que celui des premières incisions. Pansement phéniqué. Immobilisation par une gouttière de Bœckel.

Le 17, les choses restent dans le même état.

Le 18, l'épanchement articulaire s'est presque résorbé.

Le 19, suppression des tubes. Il n'y a plus trace d'épanchement dans le genou.

A partir de ce jour, la réparation se fait régulièrement et rapidement. Le 1<sup>er</sup> mars, il ne reste que trois petites plaies absolument linéaires, en pleine voie de cicatrisation.

Cette observation n'est pas absolument analogue aux précédentes. L'hydarthrose, dans ce cas, est consécutive à une périostite phlegmoneuse, et non à une légère altération osseuse, due à une simple déviation du travail de croissance.

Mais remarquons qu'il s'agit d'un jeune homme, et que la cause première de tous les désordres est une *marche forcée*, c'est-à-dire un des traumatismes qui contribuent le plus à la production de l'ostéomyélite de croissance. On sait de plus que la périostite phlegmoneuse diffuse n'est, en somme, qu'une variété d'ostéomyélite. Est-ce qu'il n'y aurait pas là une simple différence de degrés ?

L'évolution rapide de tous ces accidents est fort intéressante à signaler, et il nous paraît rationnel de rapprocher cette observation des cas d'hydarthroses consécutives à l'ostéomyélite de croissance.









